

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1935

THÈSE

N^o

110

POUR LE

DOCTORAT DE L'UNIVERSITÉ DE PARIS

(Mention Médecine)

PAR

Mortéza AKHAVI

Né le 10 Janvier 1901 à Teheran (Iran)

Diplômé de l'Institut de Malarialogie de Paris et de Rome

**CONTRIBUTION A L'ÉTUDE
DE LA TUBERCULOSE ANNEXIELLE**

**Forme Calcifiée et Forme Suppurée
par l'Infection secondaire**

**Travail de la Clinique de Gynécologie
de l'Hôpital Broca**

Président : M. PROUST, Professeur.

PARIS

LIBRAIRIE MÉDICALE MARCEL VIGNÉ

11 & 13, RUE DE L'ÉCOLE DE MÉDECINE

1935

THÈSE
POUR LE DOCTORAT
EN MÉDECINE

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1935

THÈSE

N°

POUR LE
DOCTORAT DE L'UNIVERSITÉ DE PARIS
(Mention Médecine)

PAR

Mortéza AKHAVI

Né le 10 Janvier 1901 à Teheran (Iran)

Diplômé de l'Institut de Malarialogie de Paris et de Rome

**CONTRIBUTION A L'ÉTUDE
DE LA TUBERCULOSE ANNEXIELLE**

**Forme Calcifiée et Forme Suppurée
par l'Infection secondaire**

**Travail de la Clinique de Gynécologie
de l'Hôpital Broca**

Président : M. PROUST, Professeur.

PARIS

LIBRAIRIE MÉDICALE MARCEL VIGNÉ

11 & 13, RUE DE L'ÉCOLE DE MÉDECINE

1935

LE DOYEN : G. ROUSSY

I. — PROFESSEURS

MM.

Anatomie	ROUVIERE.
Anatomie médico-chirurgicale et chirurgie expérimentale.....	PROUST.
Physiologie.....	Léon BINET.
Physique médicale	STROHL.
Chimie médicale	DESGREZ.
Bactériologie	Robert DEBRE.
Parasitologie et histoire naturelle médicale.....	BRUMPT.
Pathologie et thérapeutique générales	BAUDOUIN.
Pathologie médicale.....	CLERC.
Pathologie chirurgicale	CHEVASSU.
Anatomie pathologique	ROUSSY.
Histologie	CHAMPY.
Pharmacologie et matière médicale	TIFFENEAU.
Thérapeutique	LOEPER.
Hygiène et médecine préventive.....	TANON.
Médecine légale	BALTHAZARD.
Histoire de la médecine et de la chirurgie.....	LAIGNEL-LAVASTINE.
Pathologie expérimentale et comparée.....	FIESSINGER.
Hydrologie thérapeutique et climatologie.....	Maurice VILLARET
Clinique médicale	BEZANÇON.
	CARNOT.
	Marcel LABBE.
Hygiène et clinique de la première enfance	LEREBoullet.
Clinique des maladies des enfants	NOBECOURT.
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale.	H. CLAUDE.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.....	GOUGEROT.
Clinique des maladies du système nerveux	GUILLAIN.
Clinique des maladies infectieuses	LEMIERRE.
Clinique chirurgicale.....	CUNEO.
	GOSSET.
	GREGOIRE.
	LENORMANT.
Clinique ophtalmologique.....	TERRIEN.
Clinique urologique	MARION
Clinique d'accouchements.....	BRINDEAU.
	COUVELAIRE.
	JEANNIN.
Clinique gynécologique	J.-L. FAURE.
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie.....	OMBREDANNE.
Clinique thérapeutique médicale	RATHERY.
Clinique oto-rhino-laryngologie.....	LEMAITRE.
Clinique thérapeutique chirurgicale.....	Pierre DUVAL.
Clinique propédeutique.....	SERGEANT.
Clinique de la tuberculose.....	N...
Clinique chirurgicale orthopédique de l'adulte	MATHIEU.
Professeurs sans chaire	HOVELACQUE.
	MULON.
	OLIVIER.
	VERNE.



II. — AGRÉGÉS EN EXERCICE

MM.

ALAJOUANINE. Neurologie et Psychiatrie.

BENARD (Henri) Pathologie médicale.

BERNARD (E) Pathologie médicale.

BOULIN Pathologie médicale.

BROCQ Pathologie chirurgicale

BULLIARD Histologie.

CATHALA Pathologie médicale.

CHABROL Pathologie médicale.

CHEVALLIER Pathologie médicale.

DOGNON Physique.

DONZELOT Pathologie médicale.

FEY Urologie.

GALLIARD Parasitologie.

GASTINEL Bactériologie.

GATELLIER Pathologie chirurgicale

DE GAUDART D'ALLAINES Pathologie chirurgicale.

GAYET Physiologie.

GIROUD Histologie.

HAGUENEAU Pathologie médicale.

HALPHEN Oto-rhino Laryng.

HAZARD Pharmacologie.

HUGUENIN Anatomie pathologique

JOANNON Hygiène.

LABBE (Henri) Chimie biologique.

LACOMME Obstétrique.

LANTUEJOUL Obstétrique.

MM.

LAROCHE (Guy) Pathologie médicale

LEMAIRE Pathologie expérimentale.

LEVEUF Pathologie chirurgicale

Mlle J. LEVY Pharmacologie.

LEVY-VALENSI Neurologie et Psychiatrie.

MOREAU Pathologie médicale.

MOULONGUET Pathologie chirurgicale

MOUQUIN Pathologie médicale.

OBERLING Anatomie pathologique

PETIT-DUTAILLIS Pathologie chirurgicale

PIEDELIEVRE Médecine légale.

PORTES Obstétrique.

QUENU Pathologie chirurgicale

RICHET Physiologie.

SANNIE Chimie biologique.

SENEQUE Pathologie chirurgicale

SEZARY Dermatologie et syphiligraphie.

TROISIER Pathologie expérimentale

TURPIN Pathologie médicale.

VALLERY-RADOT

(Pasteur) Pathologie médicale.

VELTER Ophtalmologie.

VIGNES Obstétrique.

WILMOTH Pathologie chirurgicale

III. — AGRÉGÉS RAPPELÉS A L'EXERCICE pour le service des examens

MM.

ALGLAYE Pathologie chirurgicale

BUSQUET Pharmacologie.

CHAILLEY-BERT Physiologie.

MM.

LEROUX Anatomie pathologique

NEVEU-LEMAIRE Parasitologie.

ZIMMERN Physique.

IV. — AGRÉGÉS CHARGÉS DE COURS DE CLINIQUE ANNEXE A TITRE PERMANENT

MM.
 ABRAMI Clinique médicale.
 AUBERTIN..... Clinique médicale.
 BRULE Clinique médicale.
 CHIRAY Clinique médicale.
 DUVOIR Clinique médicale.
 HARVIER..... Clinique médicale.
 LIAN Clinique médicale.

MM.
 GUENIOT..... Clinique obstétricale.
 LE LORIER Clinique obstétricale.
 LEVY-SOLAL ... Clinique obstétricale.
 METZGER..... Clinique obstétricale

MM.
 BASSET Clinique chirurgicale.
 CADENAT Clinique chirurgicale.
 HEITZ-BOYER.. Clinique chirurgicale
 MOCQUOT Clinique chirurgicale.
 MOURE Clinique chirurgicale.
 SCHWARTZ Clinique chirurgicale.

V. — CHARGÉS DE COURS

MM.
 CHAILLEY-BERT, agrégé..... Education Physique.
 FREY..... Stomatologie.
 LEDOUX-LEBARD..... Radiologie clinique.
 WEILL-HALLE Puériculture.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A LA MÉMOIRE DE MON PÈRE

A MA CHÈRE MÈRE

*Bien humble témoignage de mon
grand amour filial et de ma plus
tendre affection.*

A MON FRÈRE

MONSIEUR MIR SEYED HASSAN AKHAVI

*En reconnaissance de tous ses
sacrifices faits pour moi.*

A MES FRÈRES ET SOEURS

A TOUS LES MIENS

A MES AMIS

A NOTRE PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR ROBERT PROUST
Professeur de la Clinique Gynécologique

*Il nous a fait le grand honneur
d'accepter la présidence de cette thèse.*

*Qu'il veuille bien trouver ici l'ex-
pression de notre respectueuse recon-
naissance.*

A NOS VÉNÉRÉS MAITRES

MONSIEUR LE PROFESSEUR J.L. FAURE

Professeur honoraire de la Faculté de Médecine de Paris
Membre de l'Institut et de l'Académie de Médecine
Commandeur de la Légion d'Honneur

ET

MONSIEUR LE PROFESSEUR H. ROUVIÈRE

Professeur d'Anatomie à la Faculté de Médecine de Paris
Membre de l'Académie de Médecine
Officier de la Légion d'Honneur

*Qu'ils veuillent bien nous permettre
de leur exprimer ici notre profonde
gratitude.*

A NOS JUGES

A NOTRE MAITRE M. LE DOCTEUR E. DOUAY

Ancien Chef Clinique de la Faculté
Lauréat des Hôpitaux
Chef des Travaux Gynécologiques à l'Hôpital Broca
(Service de J.-L. Faure)

*Il nous a inspiré le sujet de notre
travail et nous a guidé pour le mener
à bien.*

*Nous serons toujours fier d'avoir
suivi ses enseignements pratiques et
ses conseils qui nous serviront dans
notre carrière.*

*Qu'il veuille bien trouver ici
l'expression de notre respectueuse
reconnaissance.*

A TOUS NOS MAITRES
DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE
ET DES HOPITAUX DE PARIS ET DE TÉHÉРАН

A MONSIEUR LE DOCTEUR ALBERT FEGE

*En témoignage de notre sincère
reconnaissance.*

A MONSIEUR PARAT

Chef de Laboratoire de Clinique Gynécologique à Broca
Assistant de Laboratoire d'Anatomie comparée
à la Faculté des Sciences

*Il s'est intéressé à notre humble
travail et a beaucoup facilité notre
travail dans les recherches histologiques.
Qu'il veuille bien accepter nos
remerciements les plus sincères.*

INTRODUCTION

Au cours de nos années d'études de médecine, commencées à Téhéran et terminées à Paris, notamment dans le service de notre maître J.L. Faure, Professeur de clinique gynécologique à la Faculté de Médecine de Paris, nous avons travaillé spécialement les questions d'obstétrique et de gynécologie, en pensant que, grâce à ce que nous ont enseigné nos maîtres, nous pourrions apporter notre humble contribution dans la lutte contre les maladies qui déciment les femmes dans leur plus noble fonction.

Comme interne à l'hôpital Vasiri à Téhéran, nous avons parfois assisté à des cas navrants d'accidents graves, causés par ce fait, que ces jeunes femmes étaient adressées trop tard aux hôpitaux.

Nous avons voulu nous perfectionner dans cette branche afin de venir en aide aux mères et aux enfants de l'IRAN.

En travaillant pendant deux ans dans le laboratoire d'Anatomie de la Faculté de Médecine, sous la direction de notre maître le Professeur H. Rouvière, nous

avons spécialement étudié l'anatomie des organes génitaux chez la femme, et nous avons commencé un travail sur l'étude des glandes de Bartholin.

Pendant les deux dernières années passées à l'hôpital Broca dans le service du Professeur J.L. Faure, nous avons étudié, sur le conseil du Docteur Douay chef des travaux gynécologiques, la question si complexe de la tuberculose génitale et spécialement la salpingite tuberculeuse.

Au cours de notre stage à l'hôpital Broca, nous avons eu l'occasion de voir plusieurs cas de tuberculose annexielle et de suivre personnellement deux cas particulièrement intéressants.

L'étude de ces deux cas nous permettra d'apporter une modeste contribution à celle de la tuberculose génitale chez la femme, question qui, par son importance et sa complexité, a suscité tant de travaux et qui pourtant n'est pas tout à fait mise au point.

La première de nos observations est un cas de tuberculose ayant évolué avec un minimum de soins médicaux pendant près de 26 ans.

Cette longue période a permis aux lésions tuberculeuses d'arriver au stade ultime de leur évolution, caractérisé par la calcification. Il est très rare d'avoir l'occasion d'observer cette forme de tuberculose annexielle calcifiée. Elle montre bien que la calcification dans la tuberculose annexielle peut-être consi-

dérée comme une forme de guérison spontanée aussi bien que dans les autres localisations de la tuberculose, mais les séquelles importantes qu'elle laisse sont justiciables d'une intervention chirurgicale.

La deuxième observation est un cas d'infection secondaire aiguë se développant sur une annexite tuberculeuse qui avait évolué jusqu'alors d'une façon insidieuse.

Grâce à l'excellente opération d'hystérectomie, pratiquée par le Professeur J.L. Faure, et aux opérations suivantes effectuées par le Docteur Douay, la jeune femme a fini par guérir de cette tuberculose infectée. Ces deux cas, tout à fait différents dans leur évolution, apportent une nouvelle confirmation aux idées du Professeur J.L. Faure qui pense que d'une façon générale, toute salpingite diagnostiquée tuberculeuse, ou même simplement soupçonnée, doit être opérée ; seule l'opération permettra de vérifier le diagnostic et d'agir en conséquence pour supprimer d'une façon radicale le foyer tuberculeux.

Dans cette thèse, nous reprendrons brièvement l'étude de la salpingite tuberculeuse en insistant particulièrement sur les points importants concernant nos deux observations.

Avant d'aborder le développement de notre travail, nous tenons à exprimer ici, la reconnaissance que nous ont inspirée tous ceux qui ont bien voulu nous aider au cours de nos études.

Nos remerciements les plus sincères et les plus respectueux iront à nos maîtres : Monsieur le Professeur J.L. Faure et Monsieur le Docteur Douay, qui nous ont réservé dans leur service, un accueil si aimable et nous ont prodigué, par leur admirable enseignement, des précieux conseils qui nous guideront dans toute notre carrière.

Le Professeur Robert Proust, qui succéda au Professeur Faure dans la chaire de clinique gynécologique nous permit de continuer nos recherches et accepta la présidence de cette thèse ; qu'il veuille bien trouver ici l'expression de nos remerciements les plus respectueux.

C'est pour nous, un devoir infiniment agréable, que d'exprimer notre très profonde gratitude à M. le Professeur Rouvière qui pendant deux années nous a permis d'étendre et d'approfondir nos connaissances d'anatomie en nous donnant si généreusement tant de remarquables conseils. Nous remercions également M. Parat, Chef de laboratoire à Broca qui s'est intéressé à notre travail et a facilité notre tâche dans l'examen histologique des pièces.

Notre modeste travail est loin d'avoir la prétention

d'une étude originale sur un sujet traité par tant de chirurgiens de grande valeur. Nous n'avons exprimé que ce qui se rapporte directement aux faits recueillis dans nos deux observations et aux autres cas que nous avons vu et suivis personnellement. Si certains chapitres ont été laissés dans l'ombre, que le lecteur veuille bien nous en excuser.

CHAPITRE PREMIER

HISTORIQUE

Tous les manuels relatent l'observation de Morgagni qui, dès 1744, décrit d'après l'autopsie d'une femme atteinte de péritonite tuberculeuse, des formations caséuses au niveau de l'utérus et de ses annexes.

L'étude complète de la lésion a été faite par Brouardel en 1865. Depuis cette époque, on a publié sur cette question un nombre considérable de travaux, tant en France qu'à l'étranger.

Parmi les nombreuses publications parues sur ce sujet nous citons spécialement les travaux de Guillemin 1894, Terrillon 1889, Mlle Gorowitz (thèse 1900), J.L. Faure (1902), Pollosson et ses élèves (1905), Patel et Olivier (1912), Hartmann-Bergeret-Remilly (1920), Ch. Lenormant-Moulonguet (1920), plus particulièrement ceux publiés à l'hôpital Broca (service de J.L. Faure) par Dehau (thèse 1920), Ghinis Léon, (thèse 1922), Douay (cours et conférences 1925),

Philippe (thèse 1926), Mlle Berkowitz (thèse 1926), Douay et Mlle Iépuréano (1930).

Signalons également les travaux de l'école lyonnaise avec Villard (1927).

A Paris, le congrès des obstétriciens et gynécologues de langue française, a mis cette question à l'étude en 1933 avec Brocq et Moulonguet comme rapporteurs.

Et un travail d'ensemble sur la question, qui a été publié en 1932 par le Professeur Daniel de Bucarest, et qui résume l'état actuel des connaissances sur la tuberculose génitale de la femme.

CHAPITRE II

ÉTIOLOGIE — PATHOGÉNIE

La fréquence et la modalité de l'annexite tuberculeuse a suscité de multiples divergences d'opinions et de nombreux travaux :

Merletti, sur 1360 autopsies de tuberculeuses en général trouve 172 fois des lésions bacillaires des annexes soit 12,6 %, alors que pour certains autres cette proportion varie de 3 à 7 %.

Quant à la fréquence de la tuberculose annexielle par rapport aux autres affections génitales (en particulier les salpingites banales), les statistiques sont nombreuses mais varient suivant les auteurs.

Si on se contente de classer, dans la tuberculose annexielle les cas avec nombreuses granulations apparentes, on restera pour les salpingites opérées dans la proportion infime de 3 %.

Hartmann, sur 1150 annexites opérées, relève 28 cas, soit 2,5 % tandis, que pour d'autres auteurs, le pour-

centage est plus considérable variant de 5 à 25 % (Ch. Lenormant, Villard, Delore et Chaliér, Daniel, Douay et Champy).

D'après le docteur Douay et le Professeur Champy la proportion monte à 12 %, lorsqu'on fait un examen histologique de toute salpingite opérée.

Cette différence est donc due à ce que les uns tiennent seulement compte du diagnostic clinique et opératoire, alors que d'autres considèrent de plus, les résultats de l'examen histologique.

C'est ainsi que beaucoup d'auteurs insistent à juste raison pour qu'il ne soit pas tenu compte exclusivement de l'examen macroscopique qui peut être parfois trompeur.

Hartmann a observé dans un cas la présence de granulations d'un aspect tout à fait typique sur l'utérus et les annexes, qui faisaient penser à la tuberculose, mais l'examen histologique ne montra rien de spécifique. Dans le même ordre d'idées, Jayle a cité et publié plusieurs observations.

D'autre fois, il est vrai, on peut commettre l'erreur inverse, l'examen au microscope d'une seule coupe peut rester impuissant à nous révéler l'existence de la tuberculose, l'une de nos observations personnelles en témoigne (Obs. 2). Ce n'est qu'au troisième examen histologique que la nature tuberculeuse des lésions fut affirmée dans ce cas.

La question de la localisation primitive ou secondaire de la tuberculose génitale est très discutée, mais il est classique de dire que :

La tuberculose génitale est une maladie souvent primitive, tout au moins cliniquement, sans toutefois exclure la possibilité d'une atteinte secondaire.

Cependant Lenormant et d'autres auteurs, affirment que la tuberculose génitale primitive est exceptionnelle ; elle est, disent-ils, presque toujours secondaire à un autre foyer tuberculeux évident ou larvé, en évolution ou en voie de guérison.

C'est une maladie de femmes jeunes entre 18 et 40 ans et toutes les statistiques prouvent que la tuberculose annexielle est surtout fréquente pendant la période d'activité génitale entre 20 et 30 ans.

On peut admettre que toute salpingite se présentant sans raison apparente chez une femme jeune, à plus forte raison chez une vierge, doit être suspectée de tuberculose.

La puerpéralité semble être une cause occasionnelle de développement consécutif de lésion tuberculeuse au niveau des organes génitaux, soit qu'elle favorise par voie sanguine la localisation des bacilles existant déjà dans l'organisme, soit qu'elle détermine une phase évolutive dans une tuberculose génitale latente.

Ainsi, on comprend très bien qu'une annexite tuberculeuse, développée après l'accouchement, puisse

être confondue avec une infection post-partum et avec une salpingite puerpérale.

Certains auteurs (Fruhinshotz et Feuillade) recommandent dans tous les cas d'accidents mal expliqués de la puerpéralité de rechercher systématiquement la tuberculose utéro-annexielle.

C'est justement ce que nous avons observé dans deux cas à l'hôpital Broca où l'accouchement et l'avortement ont provoqué l'infection tuberculeuse chez des femmes ne présentant jusqu'ici aucun indice bacillaire évident.

La péritonite tuberculeuse est une cause fréquente de la tuberculose génitale secondaire (Pozzi, Hofmèier) à moins qu'on ne la considère comme la première manifestation de la tuberculose génitale.

Dans l'une de nos observations (Obs. 1), une péritonite tuberculeuse avec ascite s'est développée à l'âge de 10 ans, elle a été le point de départ d'une tuberculose annexielle opérée à l'âge de 37 ans.

Parmi les lésions tuberculeuses évoluant d'une façon latente, on observe fréquemment les lésions d'oblitération des trompes, soit par fermeture du pavillon avec distension sous forme d'hydro-salpinx, soit par formation des nodules tuberculeux des cornes utérines ou de la portion isthmique (salpingite nodulaire en grains de chapelet). Parfois l'oblitération est due à des agglutinations et adhérences pelviennes.

De toute façon, la stérilité en est la conséquence. Dans les antécédents de nos deux observations ce fait est signalé.

*
* *

La pathogénie de la tuberculose annexielle — très discutée par les auteurs — a été le sujet d'innombrables études et de controverses sans fin.

Nous n'apportons pas de fait nouveau dans cette discussion.

Dans nos deux observations, l'infection des organes génitaux par le bacille de Koch paraît avoir suivi la voie sanguine.

Toutefois, la contamination par la voie ascendante est possible.

En faveur de l'infection ascendante certains auteurs (Conheim, Verneuil et plus récemment Forgue) ont fourni de nombreux arguments cliniques, à savoir la rareté de la tuberculose de l'ovaire, lequel par sa riche vascularisation, devrait-être le lieu d'élection de la tuberculose annexielle par la voie sanguine (Forgue). La contamination par la voie sanguine est admise par la majorité des auteurs ; elle peut se produire aussi par la voie des lymphatiques ou par contiguité, lorsqu'il existe de la tuberculose péritonéale. Les expériences faites sur les animaux par Cornil et plus

tard par Mlle Gorowitz, ont montré que le contact du bacille de Koch avec les premières voies génitales ne suffit pas pour donner naissance à des lésions tuberculeuses. Les inoculations sur la muqueuse saine sont souvent négatives et pour obtenir des résultats positifs, il faut exercer un traumatisme préalable sur cette muqueuse.

La contamination de la femme par le sperme tuberculeux du mari est tout à fait exceptionnelle.

M. Douay qui a fait ces recherches à Broca, n'a trouvé la tuberculose génitale du mari que dans la proportion de 6 % c'est-à-dire que sur cent salpingites tuberculeuses opérées, le mari ne présente de lésions tuberculeuses que dans six cas.

CHAPITRE III

ANATOMIE - PATHOLOGIE

La tuberculose annexielle est de beaucoup la plus fréquente des localisations de la tuberculose génitale.

Les lésions des trompes sont les lésions les plus constamment observées. Elles sont presque toujours bilatérales, mais souvent plus marquées d'un côté.

Au point de vue topographique, la lésion siège souvent dans la partie interne de la trompe, localisation nodulaire à la portion intersticielle de la trompe, nodosités en grains de chapelet de la portion isthmique. L'oblitération du pavillon permet la formation de l'hydro-salpinx tuberculeux, qui peut se transformer en pyo-salpinx tuberculeux ou abcès froid tubaire.

L'envahissement de l'ovaire paraît être plus tardif, évoluant parfois sous forme d'abcès froid tuberculeux de l'ovaire.

La lésion de la trompe s'accompagne souvent d'une

lésion du péritoine tubaire, caractérisée par la présence de granulations visibles à la surface de la trompe et s'étendant habituellement au péritoine pelvien.

La présence des granulations péritonéales est très importante à constater au cours de l'opération, car elle permet un diagnostic immédiat de tuberculose. Mais il faut savoir que ce fait est loin d'être constant.

D'après l'enseignement du docteur Douay, ces granulations manquent dans la moitié des cas opérés.

Dans nos deux observations, il n'existait aucune granulation visible sur le péritoine, ni sur les lésions tubaires.

Le diagnostic au cours de l'opération a été fait dans la première observation, grâce à la présence des nodosités de la corne utérine et de la portion isthmique, facilement palpables et qui donnent une sensation moniliforme, c'est-à-dire de grains de chapelet. Dans la deuxième observation, le diagnostic de tuberculose a été fait par l'examen direct des pièces opératoires, à cause de l'aspect blanchâtre et lardacé des parois tubaires et de leur épaisseur avec consistance dure. Cet aspect particulier a été suffisamment caractéristique pour que le Professeur Faure et le Docteur Douay fassent le diagnostic de salpingite tuberculeuse infectée.

*
* * *

FORMES ANATOMIQUES

Du point de vue anatomique, il est classique de distinguer trois grandes formes de tuberculose génitale :

1° Une forme ascitique avec tuberculose miliaire des trompes et du péritoine pelvien ;

2° Une forme de tuberculose infiltrée caséuse des annexes avec pelvi-péritonite qui constitue plus spécialement la « salpingite tuberculeuse » ;

3° Une forme suppurée aboutissant à la production d'une volumineuse collection intra-tubaire sans réaction péritonéale connue sous le nom d'abcès froid tubaire.

Certains auteurs préfèrent la classification d'après l'aspect anatomique des lésions tubaires (Daniel) et distinguent :

1° Salpingite tuberculeuse non kystique comprenant : endosalpingite catarrhale, salpingite parenchymateuse (atrophique ou hypertrophique), salpingite ulcéro-caséuse (salpingite nodulaire, salpingite suppurée, pyo-salpinx tuberculeux) et salpingite séreuse ;

2° Salpingite tuberculeuse kystique : abcès froid tubaire et hydro-salpinx tuberculeux.

I. *Tuberculose infiltrante caséuse des trompes.*

Cette forme sera décrite en premier lieu comme étant la forme la plus fréquemment observée et celle qui intéresse le plus le chirurgien.

Elle atteint le plus souvent les deux trompes, mais parfois avec des lésions d'inégale importance. L'envahissement d'une seule trompe avec l'intégrité de l'autre est rare.

C'est dans le chorion de la muqueuse qu'apparaissent tout d'abord les nodules tuberculeux ; ils se multiplient et leur évolution explique les lésions graves et étendues que l'on observe à l'opération. L'infiltration tuberculeuse tout au début, détermine la congestion et l'œdème de la trompe, l'hypertrophie de la muqueuse et la production d'adhérences et de fausses membranes péri-salpingiennes.

La muqueuse est en grande partie détruite par les ulcérations des foyers tuberculeux qui érodent le pavillon dont les franges agglutinées entre elles enkystent souvent un abcès qui, par la nécrose des tissus, aboutit à la production du pus et forme ainsi des abcès intra-tubaires.

Peu à peu, l'infiltration tuberculeuse dépasse les limites de la trompe et envahit les organes voisins. Autour de ces lésions existent des adhérences étendues et épaisses qui rattachent la trompe aux organes voisins et aux parois pelviennes.

La fusion des organes peut être tellement intime qu'il est impossible de les séparer.

Des fistules peuvent s'établir entre la trompe d'une part, le vagin, la vessie, le rectum et l'intestin, d'autre part. Plus rarement les abcès se fistulisent spontanément à la peau.

Cette forme a une grande tendance à se propager. L'extension des lésions annexielles au péritoine se fait dans presque tous les cas, d'abord péritubaire, péri-ovariennes, péri-ligamenteuse, puis elle envahit secondairement le péritoine (pelvien, recto-utérin), l'épiploon et les anses grêles.

La péritonite tuberculeuse secondaire à la tuberculose génitale se présente sous trois aspects différents : forme ascitique, forme purulente et forme plastique.

La forme plastique (forme parenchymateuse de Villard, salpingite parenchymateuse atrophique ou scléreuse de Chaufton, salpingite interstitielle de Merletti, forme chronique fibreuse de Williams, forme lardacée de Jayle, forme plastique adhésive de Patel), c'est la forme la plus rare 9 % des cas.

Ici les trompes sont augmentées de volume, les franges épaisses œdémateuses, l'orifice abdominal perméable. La paroi tubaire est rigide. Toutes les tuniques sont pénétrées d'un œdème dur et friable sans présenter de tubercules apparents ; quelquefois,

il y a des nodosités au niveau de la corne utérine. Des adhérences épaisses, charnues, parfois infiltrées de granulations caractéristiques fixent les annexes au côlon, à l'épiploon, à l'intestin grêle formant ainsi une masse agglutinée qui transforme le bassin en un bloc d'adhérences. Ces adhérences pénètrent la paroi intestinale et leur libération détermine souvent des blessures intestinales qui aggravent l'opération.

II. *Forme ascitique avec tuberculose miliaire des trompes.*

Ici les lésions existent surtout sur la séreuse tubaire, d'aspect rouge et couvertes de granulations.

Les granulations sont disséminées sur tout le péritoine pelvien. Dans la cavité péritonéale existe un liquide séreux, jaunâtre. Parfois les adhérences cloisonnent les poches liquides et ainsi se forme l'ascite cloisonnée.

Toutefois les lésions de la trompe restent superficielles, localisées à la séreuse, la muqueuse peut rester longtemps indemne.

Pour connaître qu'il s'agit bien d'une forme péritonéale localisée à la partie séreuse de la trompe, il suffit, au cours de l'opération, de palper entre les doigts la trompe jusqu'à la corne utérine et de reconnaître par cette exploration que la trompe a gardé une souplesse relative.

Cette exploration permet au chirurgien de limiter son opération à une intervention conservatrice sans ablation d'organe.

III. *Abcès froid tubaire ou salpingite kystique.*

Cette forme de tuberculose annexielle a été décrite et individualisée par certains auteurs en particulier par Albertin.

Elle se présente comme une transformation kystique des deux trompes, dont le volume est souvent énorme.

La paroi externe de la poche est lisse, blanchâtre ou grisâtre, souvent libre d'adhérences ou réduites à quelques filaments fibreux lâches reliant le kyste aux organes voisins. La paroi interne est également lisse.

Son contenu est un pus grumeleux, mal lié, plus rarement une sorte de mastic demi-solide ou un liquide huileux.

Il est presque toujours bilatéral, ce qui est considéré par Albertin, comme caractéristique.

Patel et Abadie citent plusieurs cas d'abcès froids unilatéraux.

On rencontre souvent l'association d'un abcès froid tubaire d'un côté et une salpingite parenchymateuse ou pyosalpinx tuberculeux de l'autre. Dans des cas rares, le contenu des trompes, dont la paroi reste mince, est un liquide séreux, on est alors en présence d'un hydrosalpinx tuberculeux.

SALPINGITE TUBERCULEUSE CALCIFIÉE

Cette forme de tuberculose annexielle est rarement observée. Parmi les nombreux cas de salpingite tuberculeuse que nous avons eu l'occasion de voir à l'hôpital Broca, nous n'en avons observé qu'un seul (fig. 1 et 2).



Fig. 1

Photographie de la pièce, vue postérieure (Obs. I)

La dégénérescence calcaire de l'ovaire ainsi que la calcification de certaines tumeurs de cet organe a été décrite par plusieurs auteurs, mais aucun ne donne une signification particulière en ce qui concerne la tuberculose.

Certains ont signalé la présence de nodules calcaires dans les foyers tuberculeux annexiels et se sont contentés d'indiquer cette dégénérescence sans en donner la description détaillée.

Il nous semble que la tuberculose calcifiée des trompes mérite d'être bien étudiée pour connaître comment la calcification se constitue au sein des produits caséeux.

L'étude anatomo-pathologique de cette variété de tuberculose annexielle est très instructive. Nous examinerons d'abord les lésions au point de vue macroscopique et ensuite nous étudierons en détail les caractères histologiques.

Au point de vue macroscopique. — Les trompes sont atteintes des deux côtés, mais d'une façon inégale, les lésions étant plus marquées à droite qu'à gauche (fig. 1 et 2).

La trompe gauche paraît saine dans son segment externe. Les franges du pavillon sont libres et la cavité tubaire étant perméable dans les quatre premiers centimètres. On rencontre une première nodosité dans la portion isthmique, la section de cette nodosité



Fig. 2

Dessin schématique de la pièce opératoire, vue antérieure (Obs. I). S.N. salpingite nodulaire. V. vagin. C. corps étranger du péritoine. A.B. masse dure de la masse calcifiée. B' coupe du Douglas.

faite en (δ) montre un aspect caractéristique d'une salpingite nodulaire caséifiée ; plus loin au niveau de la corne utérine on voit nettement dans la portion interstitielle un deuxième nodule tuberculeux. L'ovaire de ce côté paraît relativement sain.

La trompe droite présente une série de lésions qui vont en s'accroissant de la corne utérine à sa portion externe fixée dans le Douglas. C'est d'abord une nodosité de la corne utérine, lésion symétrique de celle observée au niveau de la corne gauche. Plus loin, un renflement de la région isthmique (α) plus volumineux que celui déjà constaté à gauche. La région ampullaire s'est transformée en deux poches arrondies, rattachées l'une à l'autre par un tractus fibreux. La première (β) est de la grosseur d'une petite prune, la deuxième (γ) est de la grosseur d'un petit abricot. La paroi est lisse, épaisse, blanchâtre. Le contenu de chaque poche est formé par une masse homogène, absolument comparable à du mastic un peu mou, de couleur blanc jaunâtre.

La dernière formation dépendant de l'extrémité tubaire est formée par une tumeur pierreuse, de surface irrégulière, adhérente de tous côtés, et dont la séparation avec la paroi rectale a été très difficile au cours de l'opération. Sur la pièce opératoire, la masse reste intimement fusionnée avec la paroi du vagin (V) et le col utérin.

Au palper, la masse paraît formée de gros grains de calcaire de la grosseur d'un grain de blé ou même d'un grain de maïs, légèrement mobilisables les uns par rapport aux autres. On voit sur notre dessin l'aspect irrégulier de la masse. Sur la pièce fraîche, une coupe a été faite en B intéressant à la fois la poche à contenu mastic et la tumeur calcifiée.

Cette section a détaché le fragment dessiné sur le côté de la planche, en B', représentant d'une part la poche avec son contenu qui s'écoule lentement à l'extérieur, et d'autre part, la tumeur calcifiée, dont on voit les magmas calcaires sous forme de concrétions jaunâtres dessinées sur la surface blanche de section.

On ne peut retrouver aucune trace de la trompe dans cette masse formée à la fois de tissu fibreux et de concrétions calcaires : aussi peut-on penser que cette tumeur a été uniquement formée par l'organisation d'un abcès résiduel du Douglas. Nous avons représenté en C un corps arrondi et calcifié, qui se trouvait sans aucune adhérence, derrière l'utérus et formant corps étranger libre dans la cavité péritonéale : ce corps étranger a dû se former par agglomération de débris nécrosés tuberculeux qui ont subi eux aussi la dégénérescence calcaire et ont formé ainsi une véritable concrétion.

L'ovaire droit est englobé par des adhérences dans

la masse salpingienne et présente des lésions fibreuses et calcifiées. Autour de ces lésions existent des adhérences épaisses, résistantes, qui rattachent les trompes malades aux organes voisins : la vessie en avant était intimement fixée jusqu'au fond de l'utérus. En arrière, le cul de sac postérieur s'est rempli par la masse calcifiée qui adhère à la fois au vagin, au rectum et à la face postérieure du col.

Les adhérences péritonéales sont moins résistantes et on ne distingue pas à l'œil nu de granulations caractéristiques sur sa surface.

Pour rechercher la topographie de la calcification, nous avons fait une radiographie de la pièce. Malheureusement, ce cliché a été fait en dernier lieu après l'ablation des fragments ayant servi à l'examen histologique, de sorte que la pièce ainsi radiographiée est incomplète et assez difficile à interpréter.

On peut se rendre compte que la présence du calcaire est visible et donne lieu à deux aspects très différents.

Dans les parties restantes des trompes calcifiées, on voit une sorte de poussière de calcaire. Ce sont ces dépôts que l'histologie nous a montré, comme étant placés en pleins tissus caséifiés, sans participation de la paroi tubaire.

Dans la partie correspondant à la tumeur pierreuse, on voit les mêmes calcaires sous forme de nodules

compacts, indépendants les uns des autres et enchassés dans l'épaisseur des tissus.

Nous verrons plus loin l'interprétation que l'histologie nous donne de ces formations calcaires, à savoir qu'il ne s'agit pas d'un processus d'activité cellulaire du conjonctif pour isoler et enkyster le foyer tuberculeux, mais seulement de la fixation du calcium par les produits caséeux, dernière phase de la dégénérescence des produits de nécrose.

Au point de vue de l'étude microscopique des lésions, les prélèvements suivants ont été exécutés :

1° A gauche, au niveau d'une bosselure de salpingite nodulaire (fig. 2 δ).

2° A droite, au niveau du premier renflement de la trompe, à 2 cm. environ de la corne utérine droite, (fig. 2 α). Cette section intéresse également l'ovaire,

3° Au niveau du renflement suivant (fig. 2 β),

4° Au niveau de la poche à contenu mastic signalée précédemment (fig. 2 γ).

Toutes ces sections étaient transversales par rapport à l'axe de la trompe. Ces préparations ont été exécutées soit par congélation, soit après décalcification par la technique de l'inclusion à la paraffine.

Les coupes à la congélation ont été, soit colorées à l'argent suivi de Van Gieson ou de trichrome Masson, soit incinérées au four de Policard.

1° Coupe intéressant le côté gauche au niveau d'un foyer de salpingite nodulaire (δ).

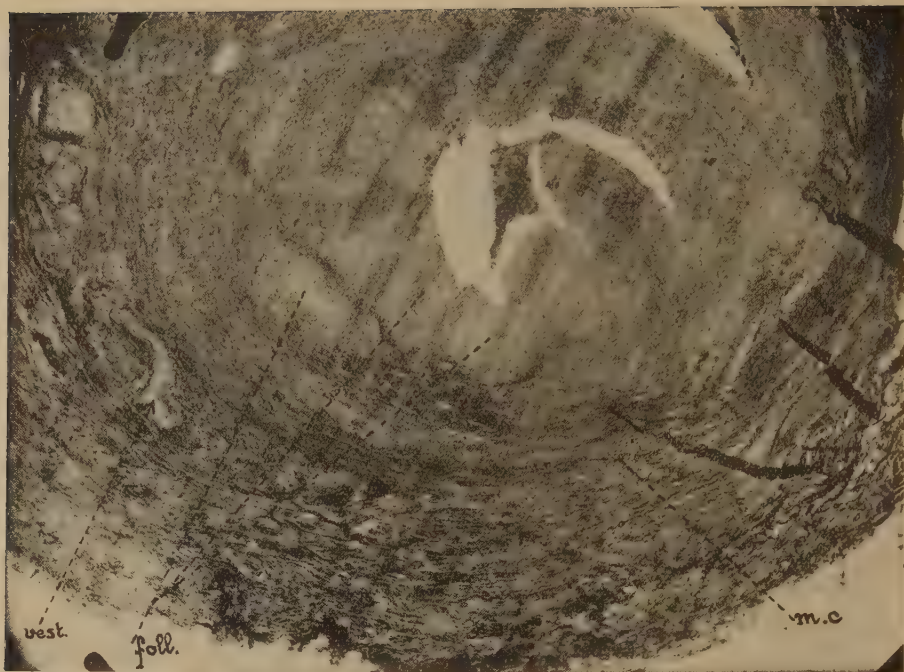


Fig. 3 A. — Coupe à travers le renflement nodulaire de la trompe gauche.
Foll. : follicules tuberculeux rangés autour du caseum central.
vest. : vestiges de l'épithélium tubaire.
mc. : couche musculo-conjonctive.

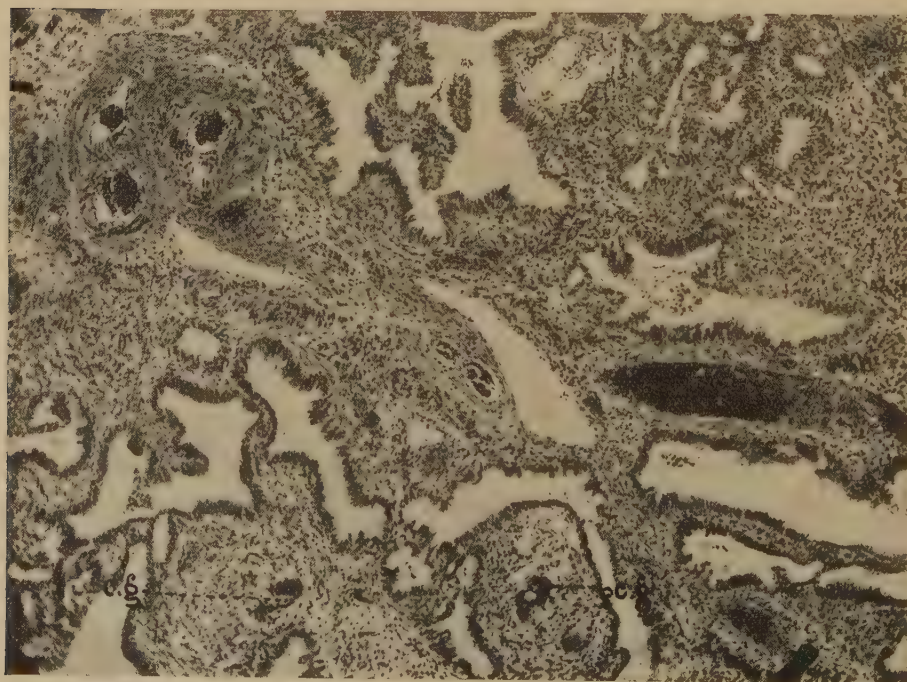


Fig. 3 B. — Coupe d'un cas de salpingite bacillaire de type classique.
 Muqueuse tubaire très visible, bien que les franges soient fusionnées.
 Les cellules géantes bacillaires (*c.g.*) sont réparties un peu partout.
 L'aspect est très différent de A.

Cette coupe peut être considérée comme représentant les lésions initiales du processus que nous allons décrire en entier (fig. 3).

La lumière de la trompe a disparu en totalité, la muqueuse est détruite également, il ne reste qu'un tissu musculo-conjonctif parsemé de nodules lymphoïdes. On croirait se trouver plutôt en présence d'un appendice bacillaire que d'une trompe. Les follicules tuberculeux sont rangés les uns à côté des autres à quelques μ du centre de la section ; ils sont encore reconnaissables et la couronne des cellules lymphoïdes est particulièrement nette. Le centre de la préparation qui devrait être occupé par la lumière de la trompe est envahi par un magma constitué à la fois par du tissu caséifié et du tissu lymphoïde nécrotique (fig. 3)

2° La coupe α intéresse le premier renflement de la trompe droite. Ici comme dans la coupe précédente, il ne reste pour ainsi dire de l'organe qu'un tissu musculo-conjonctif, mais les foyers bacillaires au lieu d'être répartis en couronne autour du centre, forment quatre à cinq secteurs séparés par du tissu inflammatoire. On observe encore quelques vestiges des cellules géantes, mais dans l'ensemble le centre de chaque secteur est complètement nécrotique et caséifié (fig. 4 ; *a, b, c, d*).

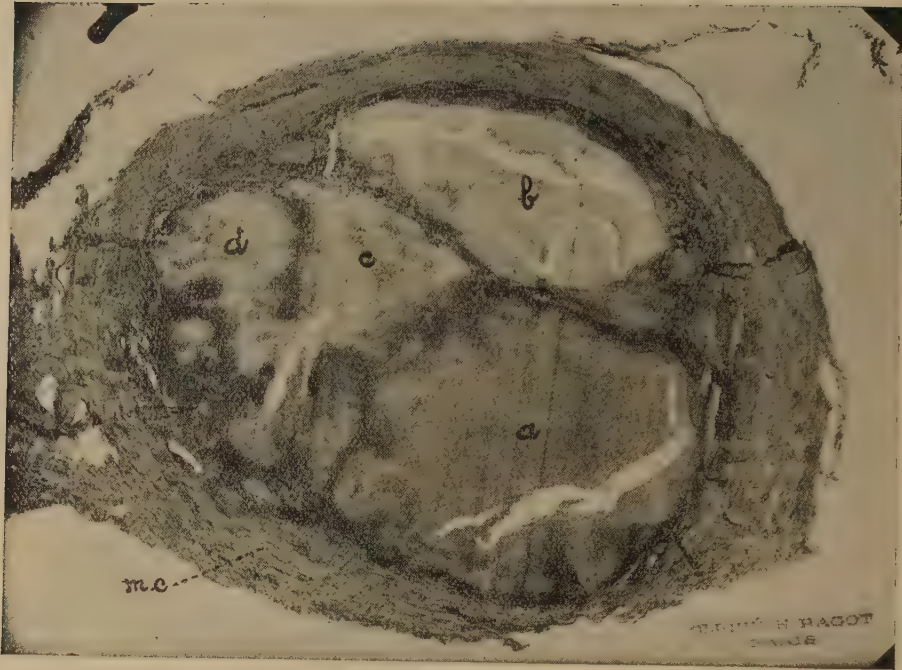


Fig. 4.

Coupe transversale au niveau du renflement α
mc. : paroi tubaire constituée uniquement de tissu
musculo-conjonctif.

a, b, c, d : foyers caséux et nécrotiques.

La méthode d'incinération de Policard démontre que les cendres calcaires sont localisées justement dans ces foyers nécrotiques.

La petite portion de l'ovaire intéressé dans la coupe montre bien qu'il s'agit d'un tissu scléreux partiellement calcifié.

3° Le gros nodule tubaire intéressé par la coupe β a une paroi musculo-conjonctive extrêmement amin-



Fig. 5.

Paroi du nodule B
m.c. : couche musculo-conjonctive
cas. : caseum.



Fig. 6.

Même coupe que la fig. 5, mais vue à un fort grossissement. Noter la présence de nombreux cristaux d'acides gras dans le caseum en voie de calcification.

cie (fig. 5, *m. c*). Le nodule est totalement constitué par du caséum entièrement anhiste dans lequel se rencontrent de très nombreux cristaux d'acide gras (fig. 6) qui se colorent en rouge par le rouge neutre, en bleu par bleu de Nil, en vert par l'acétate de cuivre, selon Benda ; l'incinération d'après Policard montre que le calcaire est réparti un peu partout dans ce caséum, mais de préférence autour des cristaux d'acide gras.

4° La coupe γ . Il s'agit de l'enveloppe de la poche à contenu mastic. On constate facilement que cette paroi est constituée uniquement par du tissu musculo-conjonctif, tout revêtement épithélial a disparu à ce niveau (fig. 8).

On trouve cependant à quelques distances du contenu mastic, en pleine paroi, quelques vestiges de l'épithélium tubaire (fig. 7). Ces vestiges qui revêtent de petites cavités irrégulières dans lesquelles l'examen histologique ne permet pas de découvrir aucun élément calcaire (*vest.*).

L'épithélium ne semble donc pas avoir aucune part à une supposée sécrétion de calcaire.

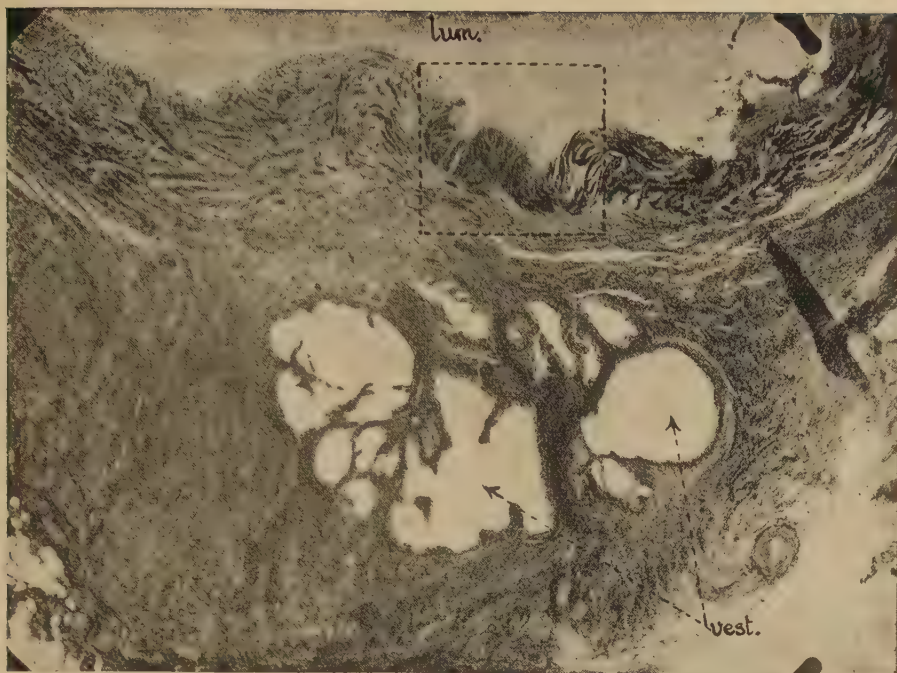


Fig. 7. — Coupe à travers le renflement γ , vue à une faible grossissement.
lum. : cavité du renflement tubaire vidée de son contenu mastic.
vest. : vestiges de l'épithélium tubaire. Le rectangle pointillé correspond au secteur vu dans la fig. suivante à un plus fort grossissement.

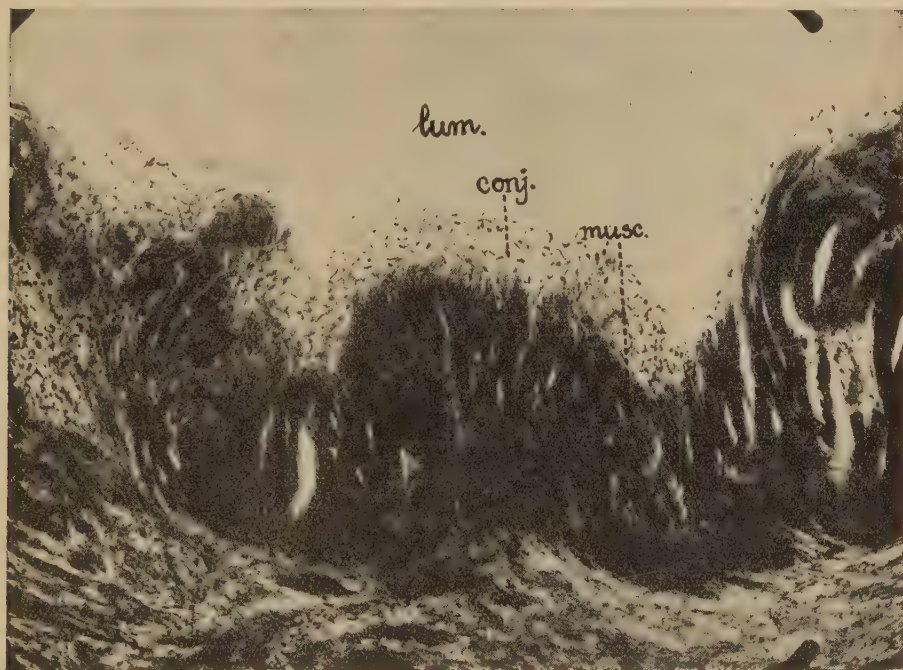


Fig. 8. — Fort grossissement d'un secteur de la coupe γ montrant la constitution conjonctive (*conj.*) et musculaire (*musc.*) de la paroi du renflement.

En résumé, nous avons assisté à une caséification progressive et totale de la muqueuse tubaire. La calcification ne s'est produite qu'au moment où le caséum existait en quantité appréciable. Elle semble donc complètement indépendante de l'activité épithéliale puisque celle-ci est complètement abolie, ainsi d'ailleurs que l'établit la non existence de calcaire dans les vestiges épithéliaux de la coupe précédente. Il paraît, évident qu'il s'agit plutôt d'un processus physico-chimique de fixation du calcium, peut-être par appel électif de certaines substances grasses (acide gras très nombreux dans la coupe β) ou lipoïdique.

Dans notre cas, il semble donc bien que cette calcification n'a pu se produire qu'après dégénérescence totale des foyers bacillaires consolidant ainsi sans doute définitivement un processus de guérison (nécrose des foyers bacillaires), mais laissant néanmoins des foyers pathologiques ne pouvant disparaître que par le concours de la chirurgie.

CHAPITRE IV

ÉTUDE CLINIQUE

A. **Symptomatologie.** — La tuberculose annexielle ne présente pas une symptomatologie spéciale, aussi elle est souvent confondue avec les autres affections gynécologiques. En principe, on peut admettre que toute affection génitale et plus spécialement toute salpingo-ovarite anormale dans sa symptomatologie et dans son évolution doit faire penser à la tuberculose. « La salpingite tuberculeuse est fantasque dans ses symptômes et capricieuse dans son évolution » (Douay).

a) *Période de début* : En général, *le début est insidieux*, se traduisant seulement par quelques signes sans caractères particuliers, et qu'on trouve souvent dans les autres affections gynécologiques. Parmi ces signes, nous signalons spécialement les pertes blanches ou jaunâtres, les troubles des règles, l'amaigrissement, signes qui indiquent le premier envahissement des organes génitaux par l'infection bacillaire.

Dans notre deuxième observation, la malade a été soignée chez elle pendant des mois pour pertes blanches, règles irrégulières, peu abondantes et un emai-grissement considérable.

Parfois, ce sont des phénomènes locaux qui dominent : légère douleur bilatérale, la sensation de pesanteur pelvienne avec tiraillements dans la région lombaire. Ces symptômes assez atténués d'ailleurs existaient dans notre deuxième observation plusieurs mois avant son entrée à l'hôpital.

Quelquefois même le *début est absolument latent*. Ce n'est que plus tard lorsque la tuberculose s'est développée, qu'on peut, par un interrogatoire serré, rechercher dans les antécédents quelques signes fugaces, qui marquent la première atteinte de la tuberculose génitale. Ainsi dans notre première observation on trouve dans les antécédents personnels de la malade une manifestation très précise de la tuberculose. Elle a présenté une péritonite tuberculeuse à l'âge de 10 ans, soignée et apparemment guérie après un traitement médical de six mois. Réglée à 12 ans elle n'a éprouvé aucun trouble génital important jusqu'à l'âge de 20 ans où elle a présenté une crise nette de salpingite. Cette crise ne s'est pas renouvelée depuis, de sorte que la tuberculose annexielle très importante qui fut constatée à l'opération 17 ans plus tard, a évolué pendant toute cette longue période d'une façon latente.

Parfois la tuberculose génitale éclate *d'une façon aiguë* par une crise douloureuse et fébrile, avec même une certaine réaction péritonéale. Notre observation n° 2 en est un exemple frappant. Dans ce cas, la réaction péritonéale a été assez marquée pour produire non seulement des vomissements, mais aussi des phénomènes d'occlusion intestinale. Dans ces formes à début brusque et fébrile, l'association microbienne par infection secondaire est le plus souvent en cause. Dans notre observation, il s'agissait d'une association avec le colibacille.

En somme, dans cette période de début, nous pouvons schématiser les premiers symptômes de la façon suivante :

1° *Les pertes blanches.* — Ce sont des pertes plus ou moins purulentes, tachant le linge en jaune, pouvant faire penser à une infection génitale banale ou gonococcique. Elles sont cependant moins purulentes que dans l'infection gonococcique : il s'agit de pertes jaunâtres et non verdâtres. De plus, le vagin et le col restent de coloration presque normale. Si le col est rouge, il n'a pas cet aspect inflammatoire que l'on observe couramment dans l'infection blennorragique.

L'examen microscopique des sécrétions ne montre pas de microbes spécifiques mais une flore microbienne banale. Parfois, on trouve de l'entérocoque et du colibacille, ce qui dirige à tort le diagnostic et la

thérapeutique vers une infection génitale d'origine intestinale.

Ces pertes blanches résistent particulièrement au traitement habituel. Les injections vaginales restent sans effet et pendant des mois ces pertes de pus persistent sans amélioration.

Dans notre observation n° 1, les pertes blanches avaient nécessité à l'âge de 16 ans un traitement actif par les injections vaginales.

Dans notre deuxième observation, le traitement prescrit par le médecin traitant et exécuté ponctuellement pendant plusieurs mois (injections vaginales et ovules) ne donna aucun résultat.

La cause de ces pertes purulentes est probablement due à une atteinte de la muqueuse cervico-utérine par la tuberculose. Plusieurs auteurs : Forgue, Daniel, ont montré la fréquence de l'endométrite tuberculeuse. Avec le docteur Douay, nous pensons que cette métrite latente est souvent le premier stade de l'infection bacillaire des voies génitales. De toute manière, la présence de ces pertes blanches plus ou moins purulentes, marque l'état de souffrance des organes génitaux sous l'influence de l'envahissement par le bacille de Koch.

2° *Troubles des règles.* — Les troubles menstruels s'observent fréquemment : classiquement, on admet que les règles sont diminuées dans leur abondance et

dans leur fréquence. Dans nos deux observations on a remarqué que les règles sont peu abondantes, d'une durée de trois jours ; cependant, la menstruation reste pendant longtemps assez régulière ainsi qu'on l'a signalé dans l'observation n° 1, tandis que dans la deuxième observation on note des irrégularités des règles avec retard, plusieurs mois avant l'apparition de la maladie.

3° *Troubles généraux.* — L'état général est troublé d'une façon précoce. Dès les premières manifestations des troubles de l'appareil génital et souvent même avant leur apparition, on peut constater un affaiblissement de l'état général, amaigrissement inexplicable, fatigue excessive, anémie sans cause, petit état subfébrile surtout marqué le soir accompagné d'une crise sudorale.

Dans la deuxième observation, l'atteinte de l'état général a débuté plus de deux ans avant l'apparition des lésions annexielles. L'amaigrissement a été considérable et a atteint le chiffre extraordinaire de 17 kg. en deux ans. Malgré les soins médicaux, cet état général s'aggrave peu à peu, la malade perd l'appétit et l'on constate également un état subfébrile avec transpiration jusqu'au moment où éclatent les accidents graves de salpingite infectée.

Ces troubles traduisent l'imprégnation de l'organisme par les toxines tuberculeuses. Ils sont en rap-

port avec la gravité de l'évolution : si les troubles généraux s'atténuent il faut penser que l'état local s'améliore. Notre première observation est très instructive à ce point de vue. L'atteinte de l'état général a été nettement observée à l'âge de 20 ans, en même temps qu'une poussée évolutive, probablement due à l'envahissement du péritoine par les lésions tuberculeuses et prise pour une crise d'appendicite. Si on l'avait opérée à ce moment, on aurait certainement reconnu la cause réelle de son affection. Cet état de fatigue et de dépression a duré pendant quelques années, puis l'amélioration s'est produite peu à peu. La malade dit qu'à l'âge de 30 ans son état général est devenu excellent, elle a grossi au point qu'elle aurait voulu suivre un traitement pour maigrir.

Or au cours de l'opération pratiquée à 37 ans on découvre des lésions tuberculeuses calcifiées, indice d'une guérison spontanée.

Il nous paraît certain que l'étude des signes généraux doit être prise en considération et représente le reflet de l'évolution locale.

b) *Période d'état.* — La tuberculose annexielle à la période d'état est caractérisée par la prédominance des signes physiques sur les signes fonctionnels.

1° *Les signes fonctionnels* sont habituellement peu accusés. Les douleurs sont en général beaucoup moins fortes que dans la salpingite banale et spécialement

dans l'annexite gonococcique. La douleur spontanée manque souvent.

Dans notre première observation, la malade a supporté pendant des années un pyosalpinx double sans se plaindre.

Les crises douloureuses paraissent être provoquées par l'extension des lésions annexielles au péritoine pelvien.

2° *Les signes physiques.* — L'examen local nous montre la présence de masses annexielles, presque toujours bilatérales, dures, irrégulières, adhérentes et relativement peu douloureuses.

Ces caractères de dureté et d'irrégularité des lésions associés à l'indolence relative, permettent un examen gynécologique complet, très facile.

Pour M. Douay, cette précision des renseignements donnés par l'examen gynécologique doit immédiatement faire penser à la tuberculose.

3° *Les phénomènes généraux.* — Parfois la tuberculose évolue d'une façon latente, sans que la malade présente aucun trouble général, qui puisse faire soupçonner l'origine bacillaire des lésions. Ce sont des cas de tuberculose floride, avec embonpoint et apparence de bonne santé. Mais ce sont là des faits exceptionnels.

Habituellement, l'état général est sérieusement atteint et s'accompagne d'amaigrissement, d'anémie,

de fatigue, signes que nous avons déjà constatés à la période de début.

La courbe de température est particulièrement intéressante à étudier, elle présente des irrégularités extraordinaires.

Parfois de gros abcès tubaires sont complètement apyrétiques. Parfois et sans cause apparente, la température s'élève brusquement jusqu'aux environs de 39° et même 40, avec petits frissons, pour retomber ensuite au voisinage de la normale.

Ces poussées fébriles que rien n'explique, la malade étant restée au lit, sans écart de régime, sans troubles intestinaux, seraient dues pour le Professeur J.L. Faure à de brusques résorptions de toxines tuberculeuses. De toute façon, la présence de ces crochets dans la courbe thermique a une valeur diagnostique importante en faveur de la tuberculose.

On observe quelquefois une fièvre vespérale avec petite élévation thermique et sueurs abondantes donnant à la courbe l'aspect d'une fièvre oscillante.

Nous avons vu dans l'observation n° 2 un exemple de cette fièvre oscillante, surtout au moment, où après l'opération, se reproduisaient des foyers et des fistules tuberculeux. Cette fièvre a cessé immédiatement après le nettoyage à la curette de ces clapiers remplis de fongosités.

En général, dans une salpingite banale soignée par

le repos au lit, la glace et le traitement médical avec vaccinothérapie, on voit presque toujours la fièvre baisser progressivement et l'amélioration se produire.

Dans la tuberculose annexielle, au contraire, les soins médicaux ne produisent pas de tels résultats, la glace est souvent mal tolérée, la vaccinothérapie ne provoque ni la forte réaction vaccinale qu'on observe habituellement dans les salpingites banales, ni la chute consécutive de la température. L'observation n° 2 en est un exemple, quoique le cas soit plus complexe car il s'agissait de tuberculose infectée. Le traitement médical a provoqué une amélioration des phénomènes inflammatoires, mais après cette amélioration l'état est resté stationnaire, et la vaccinothérapie n'a pas eu de suites favorables.

c) *Période d'évolution.* — Lorsque la tuberculose n'est pas encore reconnue au moment de la période d'état, ce qui n'est pas rare, c'est l'évolution particulière des lésions qui permet encore de la dépister.

M. Douay, dans son enseignement, nous dit que l'évolution de la tuberculose annexielle est capricieuse.

Nos observations ne nous donnent pas de renseignements spéciaux en ce qui concerne cette partie de la question.

Mais notre observation n° 2 nous apporte un exemple du rôle particulier de la colpotomie dans l'évolution de la tuberculose annexielle suppurée.

Dans la salpingite banale ayant donné lieu à un abcès du Douglas, la colpotomie a un rôle très efficace, que tous les chirurgiens connaissent : la fièvre tombe et si le drainage est maintenu pendant huit à dix jours, l'annexite s'améliore rapidement et même peut guérir sans autre intervention.

L'ouverture spontanée d'une collection suppurée dans le rectum peut aussi avoir un effet favorable. Si ce drainage naturel n'est pas suffisant, il suffit de pratiquer une colpotomie pour voir la fièvre baisser et l'état s'améliorer.

Dans la tuberculose annexielle suppurée, il n'en est pas de même.

Voyons ce qui s'est passé dans notre observation n° 2.

Une première évacuation s'est faite spontanément par le rectum, suivie d'une amélioration de courte durée (deux jours) ; la température remonte et on fait une colpotomie qui ne produit pas non plus d'amélioration durable. La température persiste : on pense alors à la tuberculose infectée et on opère dix jours plus tard.

Si au lieu de prendre le bistouri on avait persévéré dans un traitement médical, il est probable que la collection aurait continué à donner du pus et se serait fistulisée, comme le fait a été observé plusieurs fois à l'hôpital Broca jusqu'au jour où une opération radi-

cale a permis chez ces malades d'obtenir la guérison. En somme, dans la tuberculose annexielle abcédée, la colpotomie laisse persister un foyer tuberculeux infecté et ouvert qui continue son évolution. Ce foyer ne peut être guéri que par l'ablation des lésions tuberculeuses.

Il n'en est pas ainsi pour les lésions tuberculeuses non infectées. Leur évolution peut aboutir à un processus de guérison spontanée, même lorsque les lésions anatomiques ont évolué jusqu'au stade de la caséification avec formation d'abcès : notre observation n°1 en est un exemple typique. Il s'agissait de pyosalpinx double particulièrement volumineux à droite. Après une évolution qui a duré 17 ans, nous trouvons des lésions ayant atteint le stade de la calcification : le maximum de cette calcification est placé dans la partie la plus basse des lésions, au niveau du cul de sac de Douglas. Plus haut, la poche tubaire est resserée par des rétrécissements fibreux qui séparent le pyosalpinx primitif en trois poches superposées. A ce niveau, la calcification est plus discrète et n'existe que sous forme de dépôt calcaire, autour des cristaux d'acide gras, contenus dans le pus mastic des poches tubaires.

Quoique les lésions soient très volumineuses, les signes cliniques sont réduits au minimum et l'évolution du foyer tuberculeux semble complètement arrêtée.

Le seul signe qui inquiète la malade est la douleur au moment des rapports sexuels, le mécanisme de cette douleur est facilement expliqué par la présence dans le Douglas de cette masse dure comme de la pierre, de grosseur d'une noix, adhérente au vagin, au rectum et au col. Cette douleur existait déjà depuis des années ; deux ans auparavant, la malade était venue à l'hôpital et avait été examinée par M. Douay qui ayant constaté la tumeur dure et pierreuse du Douglas, avait déjà conseillé l'opération, sans en faire d'ailleurs le diagnostic exact.

Seule l'intervention chirurgicale a permis d'éclaircir ce cas exceptionnel, en montrant l'étendue des lésions anatomiques arrivées au dernier stade de leur évolution.

B. Diagnostic. — Y a-t-il des cas où le diagnostic d'une salpingite tuberculeuse peut être posé d'une façon ferme par les moyens cliniques ? Il est assez rare que le diagnostic puisse être posé d'emblée car il n'y a aucun signe clinique de certitude dans la tuberculose annexielle. On ne peut faire qu'un diagnostic de présomption. En se basant sur un ensemble de symptômes cliniques bien observés et groupés on peut conclure : tuberculose probable.

Parfois le diagnostic se fait peu à peu par l'évolution et la marche de l'affection. Dans nos deux obser-

vations, le diagnostic des lésions annexielles tuberculeuses, n'a pas été fait. Pour l'observation n° 2, ce n'est qu'au cours de l'évolution de la maladie, après une colpotomie sans résultat favorable, que l'on pense à la tuberculose. Dans l'observation n° 1, le diagnostic a été fait au moment de l'opération.

Nous avons insisté dans notre exposé sur les signes fonctionnels, physiques et généraux qui permettent au cours de l'évolution d'une salpingite de supposer la tuberculose.

Le laboratoire peut-il apporter une aide efficace au clinicien ?

La question a été très étudiée à l'hôpital Broca depuis des années et spécialement la réaction de fixation par l'antigène de Besredka. M. Douay y avait attaché une certaine importance (70 % de résultats positifs dans le travail de Mlle Iépuréano, 1930).

Actuellement, cette réaction n'est plus considérée que comme un moyen de diagnostic d'un intérêt très accessoire et le fait que dans nos deux observations il n'en a pas été question, prouve que cette méthode est moins utilisée à l'hôpital Broca, dans ces dernières années.

Au sujet du diagnostic de la tuberculose annexielle, quel que soit le soin apporté à l'examen, il faut bien se rendre compte qu'en général le diagnostic n'est fait qu'au moment de l'opération et souvent même par l'examen histologique des pièces enlevées.

Pour faire un diagnostic de certitude, il faut opérer les cas suspects. C'est là l'idée de notre Maître le Professeur Faure : dans une salpingite grave, lorsqu'on suppose la tuberculose, il faut opérer (Voir discussion de l'observation 2).

Il ne faut pas croire qu'une fois le péritoine ouvert, le diagnostic de lésions tuberculeuses sera fait sans hésitation. Dans un tiers des cas, les granulations tuberculeuses se révèlent d'une façon indiscutable faisant sur le péritoine et sur les trompes des grains blancs caractéristiques. Il n'y a pas grande difficulté dans l'interprétation de cet aspect typique de la tuberculose. Parfois, on a signalé d'autres lésions non tuberculeuses ayant un aspect assez voisin, en particulier certaines petites phlyctènes contenant un liquide citrin, qu'on observe dans les salpingites inflammatoires avec péritonite exsudative. Mais il suffit de regarder avec attention pour reconnaître l'erreur. Dans deux tiers des cas il n'y a pas de granulations tuberculeuses et la difficulté du diagnostic devient plus grande. Certains caractères des lésions annexielles permettront parfois de faire le diagnostic. C'est l'aspect pâle du péritoine pelvien, l'infiltration lardacée des tissus, les nodosités en grains de chapelet de la portion isthmique de la trompe, les nodules de la corne utérine, quelquefois la présence de grosses collections de pus jaune, verdâtre. Ce sont ces lésions

qui ont permis au Professeur Faure et au Docteur Douay de faire le diagnostic exact de tuberculose au cours de l'opération de notre malade n° 2.

En réalité, c'est l'examen histologique de la pièce opératoire qui permettra d'affirmer le diagnostic et même dans des cas qui ressemblent tout à fait à une salpingite banale. Ces cas se rencontrent dans la proportion de 2 pour 10 d'après M. Douay.

Est-ce à dire que l'examen histologique de ces lésions est facile à faire et toujours sans erreur ?

Pour que l'histologiste fasse un diagnostic ferme de tuberculose, il doit trouver sur sa coupe le nodule tuberculeux, avec au centre, la cellule géante. Il y a des cas où ces lésions caractéristiques sont très rares, il faut les chercher avec soin sur plusieurs préparations.

Dans notre observation n° 2, les lésions inflammatoires associées à la tuberculose avaient masqué la lésion caractéristique de la tuberculose au point qu'à deux reprises, les préparations n'ont montré aucun caractère certain de la tuberculose. Ce n'est qu'à la troisième recherche histologique, faite tardivement avec des fongosités recueillies par curettage que ce diagnostic a été confirmé par l'histologie. Cette observation nous montre combien la tuberculose annexielle reste obscure dans toutes ses manifestations, masquant son origine réelle jusque dans les recherches les plus pénétrantes du laboratoire.

C. Complications. — La complication la plus importante de la tuberculose annexielle est l'envahissement du foyer tuberculeux par l'infection microbienne.

Cette complication imprime à l'évolution de la tuberculose une allure toute nouvelle : la tuberculose annexielle infectée a une grande tendance à envahir les organes voisins, et si on n'intervient pas à temps les lésions progressent peu à peu, se propageant rapidement aux autres organes du petit bassin. La suppuration tend à s'ouvrir quelque part et l'ouverture spontanée dans le rectum est la plus fréquente, le pus septique s'écoule, mais le foyer tuberculeux reste déterminant des suppurations intarissables, des fistules purulentes qui entretiennent la suppuration, et finissent par provoquer des accidents graves emportant tout espoir de guérison.

Cette infection surajoutée dans la tuberculose annexielle est un indice de gravité rendant le pronostic très sombre.

L'observation n° 2 est très démonstrative à cet égard. Chez notre malade une salpingite tuberculeuse évoluait d'une façon insidieuse, brusquement une complication infectieuse se produit et les accidents graves se déclarent : crise de pelvi-péritonite avec phénomènes de sub-occlusion. L'ouverture de l'abcès au lieu d'apporter un soulagement à la malade

et d'avoir une évolution favorable, est suivie de la reprises des accidents qu'une colpotomie ne parvient pas à arrêter. L'état général est grave et les masses annexielles ne se modifient guère, on pense alors à la tuberculose suppurée et on décide l'intervention malgré les difficultés opératoires.

L'ablation du foyer tuberculeux par l'hystérectomie a beaucoup amélioré l'état général et la fièvre tombe à 38°, mais l'état local reste encore non satisfaisant. Une fistule pyo-stercorale s'établit et la cicatrisation est retardée par la formation de fongosités tuberculeuses, qu'il a fallu plusieurs fois gratter à la curette, ce qui a nécessité une série d'opérations successives.

CHAPITRE V

TRAITEMENT

Bien que la tuberculose annexielle a été étudiée par de nombreux auteurs, le désaccord règne encore entre eux, surtout sur les conclusions thérapeutiques. En effet, les uns conseillent l'abstention chirurgicale, se basant sur un double fait que la tuberculose annexielle peut spontanément évoluer vers la guérison et que les opérations sont dans ces cas particulièrement difficiles et dangereuses.

Les autres chirurgiens préconisent l'opération réduite au minimum : la laparatomie exploratrice, qui permet de reconnaître la nature tuberculeuse de l'annexite. De cette façon, le chirurgien se contente d'exposer à l'air et à la lumière les lésions en escomptant des effets manifestement favorables de cette technique, qui seront complétés par l'application ultérieure d'un traitement médical rigoureux.

D'autres pensent que les opérations conservatrices

sont en rigueur, étant donné l'âge jeune de beaucoup de ces malades et la curabilité des lésions.

D'autres enfin (Pozzi, Lenormant, J.L. Faure, Fehling, Wertheim, Daniel), sont partisans de l'hystérectomie avec castration complète, pensant que ces organes n'ont qu'une valeur physiologique restreinte et qu'enfin la castration améliore les conditions générales de lutte contre la tuberculose.

Quelle est la conduite du chirurgien dans la tuberculose annexielle ?

Nous ne pouvons la prévoir étant donné l'extrême variabilité des formes anatomiques.

Toutefois avec notre Maître J.L. Faure nous pensons qu'à l'inverse de ce qu'il convient de faire dans une salpingite banale, il faut opérer d'une façon précoce la salpingite tuberculeuse.

Mais devant un diagnostic hésitant, on met la malade en observation pendant quelques semaines et si l'évolution paraît confirmer l'hypothèse de tuberculose, il est sage de ne pas plus attendre pour prendre le bistouri.

L'opération seule permet de voir les lésions, de juger de leur importance et d'agir en conséquence suivant les cas, en ayant comme idée directrice, la suppression complète du foyer tuberculeux.

En pratique on peut distinguer trois cas :

A) La forme ascitique avec tuberculose miliaire

des trompes (la forme séreuse de Villard), caractérisée par les granulations miliaires qui recouvrent la tunique séreuse de la trompe ainsi que le reste du péritoine pelvien sans infiltration profonde des parois tubaires qui peut être considérée comme le cas le moins grave et que l'on pourrait appeler la forme médicale de la tuberculose annexielle.

Dans ce cas, la laparatomie exploratrice (Villard) avec assèchement du bassin rend un grand service, car on sait l'influence considérable de la laparatomie dans ces cas et point n'est besoin pour obtenir une guérison durable d'avoir recours à des salpingectomies. Mais il faut savoir que la guérison obtenue dans quelques cas est loin d'être constante, elle n'est pas toujours durable et des récidives peuvent se produire plus tard.

B) Les cas où les lésions annexielles sont discrètes et partielles relèvent du domaine de la chirurgie conservatrice.

S'il s'agit d'abcès unilatéraux, il est évident que la conduite du chirurgien est d'enlever le côté malade et faire une salpingectomie unilatérale. Mais en pratique, le cas se présente rarement et les abcès tuberculeux sont presque toujours bilatéraux.

Si les lésions de la trompe sont superficielles, elles sont capables de guérir par une opération conservatrice.

Pour les reconnaître, il suffira, au cours de l'opération, d'explorer les annexes par la palpation, ce qui permettra de se rendre compte de la souplesse des trompes : même s'il existe des granulations visibles sur le péritoine, une trompe souple à la palpation peut être conservée (Douay). Au contraire, si la trompe est rigide, épaissie, si la palpation entre deux doigts permet de sentir des nodules en grains de chapellet, si les cornes utérines présentent un renflement dur de la grosseur d'un noyau de cerise qui caractérise la salpingite nodulaire interstitielle l'opération conservatrice ne peut être efficace, car la guérison ne sera pas parfaite et la récurrence pourra survenir plus tard.

Les résultats fonctionnels de ces opérations conservatrices sont moins bons que ceux de l'opération radicale, beaucoup de malades continuent à souffrir, conservent de l'empâtement pelvien. Cette conservation n'a pour but que de laisser à la femme la possibilité d'avoir des enfants. Nous savons bien que les grossesses ultérieures sont rares, car les lésions de salpingite nodulaire sont des lésions intra-tubaires, qui en guérissant produisent la sténose et la stérilité par l'imperméabilité tubaire (Douay).

Patel et Olivier qui ont recueilli 33 observations d'interventions conservatrices diverses pour tuberculose annexielle ne relèvent qu'une seule grossesse post-opératoire. La stérilité est d'ailleurs souhaitable,

car d'après Douay on constate souvent le réveil de la tuberculose annexielle quelques mois après l'accouchement ultérieur et d'autre part, les enfants provenant de l'ovaire tuberculeux meurent trop souvent de méningite tuberculeuse. Pour ces raisons, nous pensons avec nos maîtres, que dans les cas où on est hésitant, il vaut mieux enlever la totalité des lésions tuberculeuses et faire une hystérectomie que de conserver les organes malades.

Il est intéressant à remarquer que les suites opératoires, après castration complète, sont souvent favorables, les malades n'accusent que peu de troubles après l'opération et le plus souvent, il n'y a aucune espèce de trouble de castration, ni bouffée de chaleur, ni adiposité excessive.

Dans notre deuxième observation la malade n'a pas ressenti de bouffées de chaleur après l'hystérectomie. Ce n'est que beaucoup plus tard dans le cours de la troisième année que les premières bouffées de chaleur ont fait leur apparition. A ce moment, son état général était devenu tout à fait satisfaisant. L'apparition des troubles de castration a été comme la signature de sa guérison. Ce fait est comme une démonstration de l'idée qu'il y a antagonisme entre la tuberculose et les phénomènes de castration : que la castration agirait favorablement dans la guérison de la tuberculose.

C) Il y a enfin des cas qui sont les plus fréquents, où l'on trouve de volumineuses annexites tuberculeuses bilatérales avec la trompe énorme renflée, pleine de pus, avec parois épaisses et rigides, des adhérences œdémateuses, parfois très résistantes attachant la trompe aux organes voisins.

Dans ces cas, les lésions ne régressent pas spontanément et c'est seulement l'opération radicale qui permettra de supprimer ces foyers tuberculeux.

De l'avis de presque tous les chirurgiens, *une salpingite tuberculeuse suppurée doit être opérée.*

Il faut l'attaquer avec courage et patience et penser que pour la guérir définitivement et sans fistules, il faut enlever la totalité des lésions tuberculeuses.

Un foyer tuberculeux ouvert à l'extérieur s'infecte et suppure comme le montre bien notre observation 2.

Dans ce cas, l'ouverture spontanée dans le rectum suivie d'une colpotomie n'a pas amélioré l'état de la malade et il a fallu pratiquer une hystérectomie, malgré la difficulté considérable de l'opération dans ce cas particulier.

Cette observation montre bien que la colpotomie n'est pas capable de guérir une salpingite tuberculeuse suppurée et qu'il serait peut être préférable d'opérer d'emblée par la voie haute.

L'hystérectomie avec castration totale reste l'opération nécessaire dans la plupart des cas. Nous pensons

avec notre maître J.L. Faure que le plus souvent l'opération radicale seule peut sauver la malade.

Les résultats de ces opérations sont cependant sensiblement plus graves que pour les hystérectomies dans les salpingites banales. Olivier a recueilli 116 interventions pour annexites tuberculeuses avec neuf morts, soit une proportion de 7,7 %. Hartmann-Bergeret et Remilly comptent quatre morts sur 28 cas opérés.

Toutefois, il faut remarquer que le plus souvent ces malades, déjà épuisées au moment de l'intervention, supportent relativement bien ces grandes opérations, à la condition qu'on ne soit pas forcé de pratiquer des résections intestinales.

Les complications post-opératoires les plus fréquentes sont les fistules stercorales. Celles-ci peuvent guérir spontanément. Parfois, comme dans l'observation 2, une opération est nécessaire pour aviver la perforation intestinale et en effectuer la suture.

Dans ce cas, le repérage de la fistule est facilité par le procédé du Docteur Douay, qui consiste à colorer le trajet avec une solution de bleu de méthylène.

Les suppurations pariétales sont parfois rebelles à tout traitement : il faut savoir que les trajets fistuleux sont remplis de fongosités tuberculeuses ; il ne faut pas craindre d'utiliser la curette, comme on l'a fait plusieurs fois dans le cas de notre observation 2.

Après chaque grattage, une amélioration s'est produite et spécialement après le troisième. Avant cette intervention, l'état général et local s'était singulièrement aggravé. Aussitôt après le nettoyage très soigné des trajets fistuleux, l'amélioration s'est manifestée et s'est maintenue jusqu'à la guérison définitive.

OBSERVATION N° I

Madame A..., âgée de 37 ans, pas d'enfants, pas de fausse-couches, mariée depuis quinze ans.

A été déjà vue à Broca en 1930 pour une petite tumeur dure et indolore du Douglas.

Réglée à 12 ans, les règles sont régulières, sans douleurs, très peu abondantes, durent deux, trois jours. Des pertes blanches assez abondantes ont nécessité dès l'âge de 16 ans des injections vaginales.

Antécédents. — A l'âge de 10 ans, péritonite tuberculeuse avec ascite et soignée durant six mois

On avait parlé de lui faire une laparatomie, mais on s'est contenté de la traiter médicalement par des applications de collodion sur le ventre.

A l'âge de 20 ans, une crise douloureuse localisée à la fosse iliaque droite accompagnée de vomissement et fièvre a été considérée par le médecin comme une crise d'appendicite. La malade a été traitée par la glace, sans opération.

Elle est restée fatiguée, pâle pendant une dizaine d'années, puis son état s'est amélioré et a grossi au point de faire un traitement pour perdre du poids. il y a quelques années.

Le ventre a été toujours un peu sensible, surtout au moment des rapports sexuels.

La malade nous dit avoir été toujours délicate des bronches, toussant tout l'hiver.

L'examen aux Rayons X n'a jamais montré aucune lésion précise.

Antécédents familiaux. La mère a eu dix enfants dont huit vivants, elle est morte à 64 ans d'une affection ignorée de notre malade. Le père mort accidentellement à 57 ans. Pas d'antécédents nets de tuberculose dans la famille. Le mari est bien portant.

Le premier examen a été fait en mai 1930 par le Docteur Douay à la consultation de l'hôpital Broca.

Le toucher vaginal révèle la présence dans le cul de sac de Douglas d'une tumeur très dure et irrégulière, de la grosseur d'une petite prune, complètement indolore, indépendante de l'utérus et adhérente au vagin. Le toucher rectal combiné au toucher vaginal permet de la sentir fixée à la paroi vaginale postérieure, à deux centimètres du col et semblant s'insinuer dans la cloison recto-vaginale. On fait le diagnostic d'endométriome du Douglas et de la cloison recto-vaginale, mais il manque pour ce diagnostic un symptôme important : la douleur au moment des règles localisée au niveau de la tumeur.

On propose cependant l'opération, malgré les diffi-

cultés opératoires qui se produisent lorsque l'endométriose a envahi la paroi rectale.

L'opération n'est pas acceptée à ce moment.

État actuel. — La malade revient à la consultation sur le conseil de son médecin, qui, consulté pour des pertes blanches, retrouve dans le Douglas la tumeur précédemment décrite.

L'examen du 3 septembre 1934. — Aucun trouble fonctionnel en dehors des pertes blanches. Les règles sont régulières, indolores, peu abondantes, la malade n'accuse aucune douleur en dehors d'une vive sensibilité au moment des rapports sexuels. L'état général est bon, la malade pèse 61 kg. A signaler à ce moment une bronchite légère.

EXAMEN GYNÉCOLOGIQUE

1° *Au toucher combiné au palper.* Le col est normal, l'utérus en anté-flexion, peu mobile. Les annexes sont grosses des deux côtés, surtout à droite, mais sans douleur.

Dans le cul de sac postérieur, le doigt rencontre immédiatement une tuméfaction dure comme du bois avec petites irrégularités de la grosseur de grains de plomb disséminées à la surface de la lésion. Le volume est celui d'une grosse noix.

La lésion est indépendante du col et de la face

postérieur de l'isthme. Elle ne paraît pas faire partie de la paroi rectale à laquelle elle adhère cependant. En revanche, elle fusionne avec la paroi vaginale qui fait un pli transversal à son niveau, à un travers de doigt du bord postérieur du col.

2° *Au spéculum.* Le col est à peu près normal avec un peu de métrite expliquant les pertes blanches. A deux centimètres en arrière, on reconnaît la zone d'adhérence signalée plus haut au fond d'un sillon transversal.

Le vagin a une coloration normale à cet endroit.

M. Douay avait pensé trouver à ce niveau un aspect particulier caractéristique de l'endométriome, comme il l'avait déjà observé dans plusieurs cas. Cet aspect caractéristique de l'endométriome montre la présence de petites taches bleutées, visibles sous la muqueuse du vagin. Dans le cas actuel, le vagin conserve une coloration normale.

3° *Au toucher rectal.* — La muqueuse rectale est saine et mobile sur la saillie formée par la lésion.

4° *Au rectoscope.* — Aspect et coloration normal de la muqueuse rectale.

La malade entre à l'hôpital pour être opérée le 19 septembre 1934 avec le diagnostic de tumeur irrégulière du Douglas adhérente au vagin (Endométriome probable).

On avait pensé également à une tumeur solide de l'ovaire adhérente au Douglas.

Les examens complémentaires sont pratiqués comme on a l'habitude de les faire dans le service : Urée sanguine 0,18, ni sucre, ni albumine, dans les urines ; tension artérielle 12-7 examen radiscopique des poumons : aucune lésion visible.

OPÉRATION : le 24 septembre (Docteur Douay).

Anesthésie mélange schleich.

1^o Incision médiane sous-ombilicale. — Le péritoine et les anses intestinales sont très pâles, quelques adhérences œdémateuses peu résistantes.

Sur le péritoine de la vessie, on voit un amas blanc jaunâtre, un autre sur l'intestin grêle, enfin un corps étranger libre dans la cavité péritonéale, de la grosseur d'une noisette ; ce corps étranger est enlevé et conservé sur compresse.

A ce moment, on écarte l'idée de métastase néoplasique, mais on pense à des lésions tuberculeuses anciennes.

Il n'y a aucune granulation visible sur le péritoine.

L'appendice est enlevé, il paraît sain, quoique présentant quelques adhérences au voisinage.

2^o *Hystérectomie totale*. L'opération est rendue difficile par suite de l'adhérence de la vessie à la face antérieure de l'utérus jusqu'aux cornes utérines.

a) Après décollement de la vessie et la libération de la face postérieure de l'utérus adhérente au rectum, la libération de l'annexe gauche paraît relativement facile. L'annexe droite formée surtout par une trompe tendue, bosselée, descend à droite jusqu'au fond du Douglas. Elle se continue directement avec la tumeur dure qui adhère de tout côté.

b) Ligature et section des ligaments larges et des ligaments ronds.

c) Prise des artères utérines et des branches vésico-vaginales.

Avant d'ouvrir le vagin, on dissèque la tumeur, on la décolle du rectum, prises des ligaments utéro-sacrés en repérant les uretères pour ne pas les blesser.

d) Ouverture du vagin en avant et section au ras du col, puis on sectionne obliquement le vagin pour enlever avec la tumeur toute la zone adhérente soit deux à trois centimètres, de la paroi vaginale postérieure.

e) Fermeture du vagin par un surjet à points passés, points de consolidation sur la paroi rectale, hémostase au catgut, péritonisation, ablation des deux foyers tuberculeux vésical et intestinal, sans ouvrir la cavité de ces organes. Drains dans le Douglas.

f) Fermeture de la paroi en trois plans avec Bourdonnet sur fils profonds.

g) Greffe. — L'état de l'ovaire gauche permet de

prélever un petit greffon de bon aspect, mais le reste ne paraît pas suffisamment sain pour en avoir un second.

Quant à l'ovaire droit, il est englobé dans la masse salpingienne et inutilisable.

Le greffon est placé dans la grande lèvre gauche, par la voie inguinale suivant le procédé de Douay. Une deuxième greffe est faite à droite avec un fragment d'ovaire retiré à une malade précédemment opérée (opération de Walther ou résection sub-totale de l'ovaire pour ovarite scléro-kystique ; femme saine, non tuberculeuse, non syphilitique B. W. négatif) ; donc notre opérée présente une auto-greffe à gauche et une homo-greffe à droite.

Pièce anatomique : tuberculose salpingienne ancienne avec une calcification partielle des lésions (fig. 1 p. 31).

DESCRIPTION

Examen. — L'utérus est vu par sa face antérieure.

Le péritoine a été enlevé jusqu'au niveau des cornes utérines par suite des adhérences avec la vessie. On voit le col avec quelques exulcérations métritiques banales (voir la fig. 2 p. 33).

Au-dessous du col on voit 2 centimètres de la paroi vaginale postérieure (V), partie adhérente et enlevée

avec la tumeur. La trompe gauche est relativement saine, avec un pavillon libre dans sa partie externe, la partie interne présente un premier nodule tuberculeux de la grosseur d'un grain de chapelet et un deuxième au niveau de la corne utérine (salpingite nodulaire), hydatide de Morgagni assez grosse, ovaire relativement sain.

A droite : la trompe présente une série de renflements.

Un premier au niveau de la corne utérine de la grosseur d'un noyau de datte, puis trois renflements, le dernier de la grosseur d'une prune, séparé du précédent par un tractus fibreux de 1 centimètre. La paroi de ses poches est épaisse, blanc-rosée, la section, comme le montre le dessin, en B, laisse échapper un contenu mastic, presque blanc, bien lié, homogène, l'ovaire est englobé par les adhérences et paraît œdémateux et peu actif.

La tumeur du Douglas, dure, a la consistance pierreuse du tissu ossifié ou calcifié. Le bistouri a toutes les peines à couper la tumeur au niveau de la flèche indiquée sur la lésion. On voit sur la coupe deux ou trois petites masses jaunâtres, entourées chacune de grains calcifiés et agglomérés. L'étendue totale de cette tumeur calcifiée est de 5 centimètres sur 2 centimètres, allant du vagin jusqu'à l'extrémité de la trompe remplie d'une substance mastic, au

palper on éprouve la sensation de pierres réunies les unes aux autres.

Examen histologique. — Cet examen présentant un intérêt au point de vue anatomo-pathologique a fait l'objet d'une description spéciale dans le chapitre d'anatomie pathologique (Voir ce chapitre).

Les suites opératoires. — La malade a bien supporté son opération et le soir la température est de 37°5, le pouls 92 ; le lendemain elle est gênée pour respirer et présente des signes de bronchites.

Le troisième jour, l'expectoration se produit, crachats épais jaunâtres, pas de bacille de Koch à l'examen.

Douleur thoracique le cinquième jour. Ventouses ; puis amélioration de l'état pulmonaire.

L'état de l'abdomen est satisfaisant. Enlèvement du drain le deuxième jour. Celui-ci a permis de retirer un peu de liquide séro-hématique.

Ablation des fils et agrafes le onzième jour.

La malade se lève le quatorzième jour et quitte l'hôpital le 10 octobre en bon état.

Revue le 4 janvier 1935 : la malade a des bouffées de chaleur, a grossi de 3 kg., se plaint d'une douleur assez vive dans le fond du vagin, surtout au moment des rapports sexuels.

Examen. — Bonne cicatrice médiane, au toucher vaginal on sent une induration douloureuse au niveau

du fond du vagin contre le rectum. Au spéculum on voit que la cicatrisation vaginale n'est pas encore complète. Petits bourgeons charnus. Cautérisation avec nitrate d'argent.

Les greffes sont perceptibles, mais elles ne présentent aucun signe d'activité, ce qui explique l'existence des bouffées de chaleur et de migraines.

OBSERVATION N° II

Madame R..., 27 ans. Réglée à l'âge de 12 ans. Les règles toujours peu abondantes durent trois jours.

Mariée en 1930, mari bien portant. Les parents sont bien portants.

Signalons un frère mort à 10 ans par méningite très probablement tuberculeuse.

Dans ces antécédents personnels, signalons une chloro-anémie à l'âge de 14 ans, qui fut traitée médicalement et qui guérit après une année de soins.

S'agit-il d'une première atteinte de la tuberculose ? C'est difficile à préciser.

Depuis cette époque jusqu'au moment de son mariage, elle est relativement bien portante; elle ne tousse pas et elle n'a jamais rien présenté du côté des poumons, mais elle est fragile, vite fatiguée, et se plaint souvent du bas-ventre; ses règles sont assez irrégulières, très peu abondantes.

En 1930, à l'âge de 25 ans, elle se marie.

Les troubles génitaux qu'elle présentait déjà, augmentent peu à peu, les règles sont plus irrégulières et douloureuses, les pertes blanches sont plus épaisses et plus abondantes, elle maigrit de 2 kg.

Examinée à ce moment (1931) par son médecin, ce dernier trouve des signes de métrite et attribue les troubles qu'elle présente à cette affection.

Elle est soignée par des injections vaginales chaudes et des ovules, mais les troubles persistent et même s'accroissent, elle souffre de douleurs s'irradiant dans la cuisse et dans la région lombaire.

Son état général s'aggrave, elle perd l'appétit, dort mal avec transpiration. Elle maigrit dans des proportions considérables de 17 kg en deux ans.

C'est dans ces conditions que brusquement se produit un accident aigu.

Le 3 février 1932 crise douloureuse dans le bas-ventre avec fièvre élevée, vomissement, ballonnement, du ventre puis le lendemain arrêt des gaz.

Le médecin de la famille s'alarme et demande à consulter le Docteur Peytavin (chef de clinique de notre service). Celui-ci constate une pelvi-péritonite grave avec sub-occlusion et l'a fait transporter d'urgence à l'hôpital.

Le 5 février à son entrée à l'hôpital, il est d'abord question d'une opération d'urgence pour occlusion ; puis la crise se calme en quelques jours. Le traitement médical l'améliore (glace propidon). La réaction au propidon n'est pas celle qu'on observe habituellement dans les salpingites banales, sédation les jours suivants, température oscillante de 38°, 39°5.

A l'examen, on trouve un bassin encombré par des masses annexielles doubles, adhérentes de tout côté, l'utérus est perdu au milieu d'elles ; ces masses sont dures, on ne sent aucune poche de pus indiquant la nécessité d'une colpotomie. Le 13 février, il se produit une ouverture spontanée dans le rectum se traduisant par l'écoulement d'un pus fétide par la voie rectale.

L'amélioration produite par cette évacuation importante de pus est de courte durée (48 heures). La fièvre remonte avec frisson et on pense que le drainage ne se fait pas complètement ; on décide alors de faire une colpotomie ; celle-ci est faite par le Docteur Peytavin le 18 février, on trouve une poche purulente contenant un peu de pus fétide, mélangé de matières fécales.

On est frappé par l'épaississement et l'induration des tissus. A ce moment, on pense à la tuberculose annexielle infectée probablement par le colibacille (odeur fétide du pus) et après discussion à la clinique entre le Professeur J.L. Faure et le Docteur Douay, on décide de faire une laparatomie et agir en conséquence : soit par un simple drainage si la tuberculose n'est pas en cause, soit pratiquer l'exérèse si les lésions vues paraissent de nature tuberculeuses. A ce moment, l'utérus est en position postérieure entouré des masses dures, irrégulières, adhérentes et peu douloureuses. C'est cette dureté persistante après la colpo-

tomie, ainsi que l'absence de douleur vive, qui font croire à des lésions tuberculeuses ; cette hypothèse est encore appuyée par la fièvre irrégulière avec oscillations, les frissons répétés, l'amaigrissement considérable 17 kg. (Poids 33 kg).

L'opération : faite le 28 février par le Professeur J.L. Faure et Docteur Peytavin.

Anesthésie générale scheleich.

Laparatomie médiane sous-ombilicale.

Les anses intestinales, très adhérentes, bloquent tout le bassin ; quelques points du catgut sur la séreuse et la musculuse d'une anse grêle.

Une poche purulente s'ouvre, on éponge le pus.

La poche est au contact du sigmoïde, on ne voit pas de lésions tuberculeuses sur la paroi de la poche.

Par suite des adhérences multiples, l'opération est devenue très difficile.

On fait une hémisection utérine pour pratiquer l'hystérectomie subtotale.

L'ablation des annexes très adhérentes à la paroi pelvienne est difficile, on arrive cependant à extirper la totalité des lésions et de faire des ligatures régulières sur les pédicules au catgut, toutefois on laisse trois pinces à demeure pour l'hémostase sur les points où la ligature n'est pas possible.

La communication avec le rectum n'est pas visible.
Mikulicz. Pansement.

L'examen des pièces opératoires. — Elles ne présentent pas de granulations tuberculeuses, mais cependant le Professeur Faure comme le docteur Douay pensent qu'il s'agit d'une tuberculose infectée, par suite de l'aspect épais, blanchâtre, lardacé et induré des parois tubaires.

Une première réponse donnée par le Professeur Champy indique qu'il n'a pas été trouvé de lésions tuberculeuses caractéristiques sur la coupe histologique, mais qu'il y a des réactions inflammatoires très nettes.

Ce premier examen histologique semble contraire aux données de la clinique, mais nous savons combien il est difficile parfois de mettre en évidence les lésions tuberculeuses lorsque celles-ci sont masquées par un processus inflammatoire, aussi le Docteur Douay demande un nouvel examen des pièces.

Ce deuxième examen histologique n'indique pas encore de lésions tuberculeuses évidentes.

Suites opératoires. — Malgré la gravité de l'opération les suites opératoires sont relativement favorables.

La température qui était les jours précédents au-dessus de 39° le soir, tombe à 38°5. Le pouls est rapide (120) et assez faible (digitaline).

Les pinces à demeure sont enlevées après 48 h. et les mèches sont extraites sans difficulté le quatrième

jour. Des matières stercorales apparaissent dans le pansement le sixième jour ce qui était prévu, puisque la poche de pus s'était ouverte dans le rectum.

La présence des matières invite à enlever le sac de Mikulicz le septième jour au lieu du dixième. Le huitième jour l'état est grave (39°5). On se demande à ce moment s'il n'existe pas une fistule du grêle. Mais la situation s'améliore le jour suivant, la température baisse, cependant la réparation se fait très lentement avec suppuration très abondante, mêlée de matières liquides.

Malgré cet état local peu satisfaisant, l'état général s'améliore visiblement, l'état cachectique a disparu, l'appétit revient et la balance montre un mois après l'opération la reprise du premier kilogramme.

A ce moment, la plaie est pâle, les bords violacés en grande partie comblés par des fongosités.

L'aspect est bien celui d'une lésion tuberculeuse malgré la réponse négative du laboratoire.

Aussi le 17 avril, 50 jours après l'opération, le Docteur Douay pratique un nettoyage de la plaie à la curette et des trajets remplis des fongosités. Ces fongosités sont envoyées au laboratoire et cette fois *l'examen est positif*, il s'agit bien de lésions tuberculeuses.

A partir de ce curettage, l'amélioration se produit d'une façon manifeste. On complète le traitement par

la diathermie, les rayons ultra-violet et sels de calcium. La température descend au-dessous de 38°, l'appétit s'améliore, la cicatrisation fait de grand progrès.

La fistule intestinale donne peu de matières et les selles sont régulières.

La malade quitte l'hôpital le 4 juin en bon état : elle a repris 6 kg. depuis son opération.

Pendant la fin de l'année 1932, la malade est en convalescence à la campagne, elle continue à s'améliorer. A la fin de l'année elle a pris 17 kg. ce qui lui rend son poids normal 50 kg. ; la petite fistule persiste, elle donne passage à des gaz et parfois à quelques matières. Au toucher on sent une masse pelvienne, un foyer tuberculeux fistulisé et communiquant avec le rectum.

En février 1933, Mme R..., revient à la consultation, elle a maigri de 3 kg. la fistule donne de nouveau du pus et des matières. Elle présente en outre, une éventration.

Elle entre de nouveau le 6 mars 1933 pour un traitement plus actif : injection tous les deux jours d'éther iodoformé dans le trajet de fistule, diathermie, ultra-violet. Son état ne s'améliore pas, elle présente des poussées thermiques intermittentes : 39° 5 le 25 mars ; 39° 9 le 1^{er} avril ; une nouvelle opération est décidée.

Opération le 3 avril 1933 : Docteur Douay, anesthésie générale.

Après le repérage du trajet fistuleux au bleu de méthylène, on excise le tissu cicatriciel, on libère les anses intestinales adhérentes. Celles-ci étant reclinées, on est conduit dans un abcès tuberculeux pelvien. Celui-ci étant nettoyé à la curette, on aperçoit l'orifice de la fistule intestinale sur la face antérieure du rectum, L'orifice est avivé et suturé en deux plans avec beaucoup de peine d'une façon satisfaisante. A ce moment, l'opération paraissait terminée, mais on trouve un autre trajet qui conduit à droite dans un autre foyer plus profond collé à la paroi pelvienne. La curette le nettoie avec prudence en enlevant de nombreuses fongosités. Mèche à cet endroit et fermeture presque complète aux fils de bronze très rapprochés.

Suites. — Très favorables. La mèche est retirée le troisième jour, les agrafes le dixième. La malade va à la selle le onzième jour sans que les matières passent par la plaie. Les fils de bronze ne sont enlevés que le quatorzième jour. L'état est très satisfaisant durant trois semaines, la cicatrisation est presque complète ; mais le mois suivant la température remonte, un empâtement apparaît dans la fosse iliaque droite au-dessus de l'arcade de Fallope, la malade maigrit à nouveau : il se produit une nouvelle poussée évolutive de ce côté.

Le 2 juin, une fluctuation apparaît en arrière au niveau de l'articulation sacro-iliaque droite, sans

douleur ; la peau est légèrement rosée ; température à grande oscillation : 37°2, 39° ; une radiographie est faite le 8 juin montrant l'intégrité du squelette. L'abcès est incisé le 19 juin en arrière et la tuméfaction iliaque est débridée en avant au-dessus de l'arcade fémorale. La température baisse, mais les plaies se fistulisent, on fait des injections de Radon dans les trajets fistuleux jusqu'à la fin du mois de juillet.

La malade quitte l'hôpital le 9 août pour aller se reposer à la campagne.

Un mois plus tard le 8 septembre, elle revient à la consultation du Docteur Douay qui lui propose d'entrer encore une fois dans le service pour y subir un curetage des trajets fistuleux. Son état général n'est pas brillant, elle a maigri de 13 kg., elle a de la fièvre chaque soir à 39°. Elle présente une fistule médiane au-dessus du pubis qui donne un peu de pus et de gaz, une fistule au-dessus de l'arcade fémorale qui conduit dans un tissu épais et fongueux occupant la fosse iliaque droite. Cette induration se continue avec une masse pelvienne droite perceptible au toucher. Enfin la fistule de la région sacro-iliaque droite n'est pas fermée.

Opération : 16 septembre 33 (Docteur Douay).

Anesthésie générale.

Débridement prudent de la fistule iliaque droite et de la fistule médiane.

On enlève à la grosse curette une masse de fongosités très considérable ce qui dégage toute la région iliaque. On sent aux doigts les vaisseaux iliaques et la curette les contourne, plonge dans le bassin et nettoie l'abcès pelvien, sans cependant ouvrir la fistule rectale précédemment opérée. En curettant le trajet postérieur, on reconnaît l'intégrité de l'os iliaque, le trajet passe au-dessus de l'os iliaque dans le triangle de J.L. Petit et retrouve le foyer abdominal, de sorte que la curette entrée dans la fosse iliaque sort par la région lombaire.

Les parois de ce vaste abcès sont grattées avec un soin méticuleux et nettoyées ensuite à la teinture d'iode, la plaie est méchée par devant (mèche à l'ectogan) avec fermeture partielle.

Suites. — Contrairement à ce qu'on pouvait attendre, les suites sont remarquables, les mèches sont enlevées le quatrième jour, la plaie bourgeonne bien et se cicatrice rapidement.

La malade quitte l'hôpital le 20 octobre tout à fait transformée.

La cicatrisation est obtenue, complète pour les fistules lombaires et iliaques. La malade a passé de 37 kg. 500 à 43 kg. 250.

Depuis cette époque la malade est suivie régulièrement ; la guérison se maintient, la cicatrice médiane est bonne, solide et sans éventration, mais il reste en

bas de la cicatrice, un petit orifice qui s'ouvre par intermittence, laissant passer quelques gouttes de pus et de gaz. Les injections d'éther iodoformé faites dans ce trajet passent encore par le rectum. Au toucher, on trouve un col petit et mobile, les culs de sac sont souples, on sent cependant à droite, une induration limitée collée au bassin. Nous avons revu la malade le 5 décembre 34 en excellent état de santé ; elle pèse alors 54 kg. ce qui fait une reprise de poids de 20 kg. depuis la première opération. Il est à remarquer que Mme R..., n'a pas éprouvé de bouffées de chaleur jusqu'au début de l'année 34 où elle commença à les ressentir.

DISCUSSION DE L'OBSERVATION

Cette observation nous montre un cas de tuberculose annexielle, ayant évolué pendant plusieurs années d'une façon latente. Au début, on a pensé à une métrite banale. Les seuls signes qui auraient pu faire supposer alors la tuberculose annexielle, sont l'amaigrissement inexplicable de 17 kg. en deux ans et les troubles des règles (irrégularité et une diminution d'abondance).

Tout à coup se produisent des accidents aigus et graves, par infection surajoutée, probablement dus au colibacille. Cette crise a été considérée comme une pelvi-péritonite inflammatoire banale. Rien dans le

tableau clinique ne peut faire penser à la tuberculose. Cependant, il faut remarquer que la vaccinothérapie ne produit pas l'amélioration habituellement observée dans la salpingite banale. Bientôt il se produit une évacuation de pus par le rectum, évacuation complétée par une colpotomie.

En général, dans une salpingite suppurée banale, la colpotomie est suivie d'une amélioration durable : dans notre cas, l'amélioration ne se produit pas. C'est alors que l'on pense à la tuberculose annexielle.

Les masses pelviennes, dures et irrégulières, plaident en faveur de ce diagnostic.

L'opération est décidée après la discussion clinique de M. le Professeur Faure. Le diagnostic de tuberculose annexielle infectée secondairement n'est pas certain, et ce n'est qu'une hypothèse vraisemblable. Cette probabilité doit pousser le chirurgien à prendre le bistouri sans attendre.

Le plan opératoire est le suivant : si on trouve des lésions inflammatoires banales, on se contentera d'ouvrir les collections par voie abdominale et d'en assurer un large drainage. Ce genre d'opération utilisée parfois dans le service est ce que le Professeur Faure appelle : faire une colpotomie par en haut ou faire un simple drainage de poche purulente comme cela est fait dans la colpotomie.

Si au contraire on trouve des lésions tuberculeuses,

ou seulement des lésions suspectes de tuberculose, on pratiquera une hystérectomie pour enlever si possible la totalité des lésions tuberculeuses.

Au cours de l'opération, le chirurgien a l'impression qu'il s'agit bien de lésions tuberculeuses infectées, une hystérectomie par hémisection est pratiquée. Mais l'opération n'est pas facile, ce qui était à prévoir. On est obligé de laisser un large drainage à la Mikulicz. Dans la tuberculose, ce drainage est moins favorable que dans les suppurations banales. La large plaie que le Mikulicz produit a une tendance à s'ensemencer par B.K. ce qui rend la cicatrisation lente et difficile.

Les suites opératoires ont été favorables malgré l'importance de l'opération et l'état (de faiblesse) de l'opérée. Cela est un fait fréquemment observé de voir la facilité avec laquelle les malades supportent les opérations très importantes.

Le passage des matières dans le pansement le sixième jour ne doit pas être mis sur le compte d'une blessure opératoire de l'intestin, ni d'une destruction de la paroi intestinale par la pression exercée par le sac du Mikulicz. Il s'agit simplement de la communication de l'abcès avec le rectum, produite avant l'opération.

Il y a lieu de remarquer l'amélioration rapide de l'état général, se traduisant par la reprise de l'appétit

et une augmentation de poids déjà appréciable la troisième semaine après l'opération. Cela montre bien le rôle puissant de l'exérèse qui a supprimé le foyer tuberculeux, cause de la maladie.

Chez notre malade, la guérison n'a pas été obtenue d'emblée, des fongosités s'étant reformées ; ces foyers ont dû être curettés à plusieurs reprises.

L'action favorable de ces curettages est mise en lumière dans notre observation, spécialement dans le dernier curettage pratiqué en septembre 33. Une quantité considérable des fongosités a été retirée, chaque fistule a été nettoyée avec soin et le résultat obtenu par ce dernier curettage a été remarquable.

Cette observation nous montre bien encore qu'il est difficile de faire le diagnostic de la tuberculose annexielle même lorsqu'on a les pièces en mains. Un double examen histologique n'a montré que des lésions inflammatoires. Ce n'est qu'un mois plus tard par l'examen histologique des fongosités retirées au cours du curettage des trajets fistuleux, que le microscope est venu confirmer (bien tardivement) le diagnostic de tuberculose que le Professeur Faure et le Docteur Douay avaient déjà posé par l'examen macroscopique des lésions annexielles.

Doit-on discuter l'indication opératoire posée par le Professeur Faure : à savoir que dans une salpingite grave, la crainte de la tuberculose doit pousser le chirurgien à opérer sans retard ?

La suite de l'observation montre le bien fondé de cette opinion puisque la malade est maintenant guérie, mais c'est une bataille sérieuse qu'il a fallu livrer. Le Professeur Faure, en appliquant son procédé si efficace dans ces cas difficiles, hystérectomie par hémisection utérine, a pu mener à bien cette opération sans produire de grands délabrements intestinaux qui chargent lourdement le pronostic opératoire. L'amélioration s'est produite immédiatement après cette hystérectomie, ce qui montre bien l'efficacité de l'opération.

Toutefois la malade n'est pas guérie de suite et pendant plus d'un an il a fallu lutter de nouveau et le Docteur Douay a dû l'opérer trois fois pour réparer la fistule intestinale et refaire une cicatrice abdominale solide sans parler des curettages des trajets fistuleux.

Des chirurgiens moins audacieux se seraient contentés d'ouvrir les poches de pus et d'attendre les effets du traitement médical.

Que serait-il advenu ? Aurait-on pu guéri notre malade par cette thérapeutique médicale ? Personne ne peut le savoir ; personnellement, nous ne le croyons pas. Nous pensons que c'est grâce à ces opérations successives que notre malade doit sa guérison.

RÉFLEXIONS TIRÉES DE LA COMPARAISON
DES DEUX OBSERVATIONS ÉTUDIÉES

Ces deux observations opposent la forme purulente par lésion tuberculeuse pure à la forme purulente par association microbienne.

La première observation nous montre l'évolution spontanée d'une salpingite tuberculeuse suppurée.

La maladie a évolué pendant 26 ans, sans produire d'accidents graves.

Les produits tuberculeux, obtenus par caséification et destruction nécrotique n'ont pas été résorbés complètement mais ont été le point d'appel de concrétions calcaires, donnant lieu à une tumeur pierreuse du Douglas.

De cette façon a été réalisé le travail naturel vers la guérison spontanée, guérison relative, laissant cependant des séquelles importantes justiciables de la chirurgie.

La malade a été opérée pour l'endométriome du cul de sac de Douglas adhérent au vagin et au rectum ; c'est dire que le diagnostic n'avait pas été fait.

L'opération, l'hystérectomie totale, nous a permis de recueillir la pièce dont nous avons publié la photographie. L'examen de la pièce opératoire est très instructif :

1° pyosalpinx ancien avec rétrécissement isolant, trois poches remplies d'une masse pâteuse analogue à du mastic ;

2° une masse dure et calcifiée du Douglas.

L'exérèse de ce foyer tuberculeux a été suivi d'une guérison radicale.

La deuxième observation nous montre qu'une salpingite tuberculeuse à évolution latente peut, tout d'un coup, se compliquer et devenir une affection capable de mettre rapidement la vie de la malade en danger.

Il s'agit d'infection surajoutée, probablement d'origine colibacillaire.

La crise aiguë ressemblait à une pelvi-péritonite banale avec phénomène de sub-occlusion.

La tuberculose n'est révélée que tardivement :

1° Par des anomalies dans l'évolution ; inefficacité de traitement vaccinothérapique et de l'évacuation du pus par colpotomie ;

2° Par certains caractères des lésions anatomiques ; dureté et irrégularité des masses pelviennes ;

3° Par certaines particularités des signes généraux : irrégularité de la courbe thermique et amaigrissement considérable.

Le diagnostic fait avant l'opération est confirmé au cours de l'intervention par l'aspect des lésions anatomiques : le contrôle histologique n'a pas été

facile à obtenir par suite des lésions inflammatoires considérables.

L'hystérectomie, difficile à exécuter, a été suivie d'amélioration certaine, mais la guérison n'a été obtenue qu'après plusieurs opérations complémentaires.

La comparaison de ces deux cas nous montre que, s'il est vrai que la tuberculose annexielle peut évoluer spontanément vers une guérison relative, elle peut aussi présenter au cours de son évolution des complications graves, rendant l'intervention chirurgicale particulièrement difficile.

Dans ces deux observations, les malades ont toutes deux guéri par l'exérèse chirurgicale ; mais n'eut-il pas été préférable de les opérer plus tôt ? Aussi, trouvons-nous dans cette étude un argument à l'idée de notre Maître J.L. Faure :

Lorsque au cours de l'évolution d'une salpingite, on arrive à supposer la nature tuberculeuse de la maladie, mieux vaut opérer sans tarder car l'évolution progressive des lésions tuberculeuses ne peut qu'accroître les difficultés opératoires et parfois même rendre l'opération impraticable. « Et pour moi, la nature tuberculeuse d'une annexite est une raison de plus de l'opérer plutôt que de s'abstenir ». J.L. Faure. *Discussion au Congrès de Paris 1933*, sur la tuberculose utéro-annexielle, page 472.

CONCLUSIONS

1° Parmi les nombreuses formes anatomo-cliniques de la tuberculose annexielle, il en est une rarement observée, c'est la *salpingite tuberculeuse calcifiée*.

a) Cette variété présente des lésions anatomiques constituant le dernier stade évolutif de la tuberculose, caractérisé par la formation de tissu fibreux avec nodules calcifiés.

b) On admet habituellement que la calcification a pour résultat d'enfermer le produit nécrotique tuberculeux dans une coque fibro-calcaire. L'étude de notre observation nous montre que la calcification est formée au centre des produits nécrotiques par l'apparition d'éléments calciques autour des cristaux d'acides gras. Il s'agit là d'une transformation chimique des produits de nécrose plutôt que du résultat d'une activité cytologique.

c) L'évolution est très lente (26 ans dans notre observation). Cette évolution quoique favorable cliniquement, laisse persister un foyer tuberculeux important, qui ne peut disparaître sans le secours de la chirurgie.

2° *Le diagnostic de la salpingite tuberculeuse* reste habituellement hésitant, malgré le grand développement actuel des moyens de laboratoire. L'étude attentive des signes cliniques et de l'évolution permet souvent de faire le diagnostic de tuberculose probable (Obs. 2).

Au cours de l'opération, le diagnostic peut encore ne pas être précis, car on ne rencontre pas toujours les granulations typiques, qui, par leur aspect particulier nous permettent de reconnaître l'annexite tuberculeuse.

C'est surtout l'examen histologique des pièces enlevées qui affirme la tuberculose à la condition que cet examen soit attentif et méthodique (Obs. 2).

3° *Le traitement de la salpingite tuberculeuse* (forme infiltrante caséeuse) est chirurgical. Pratiquement, toute salpingite grave suspectée de tuberculose doit être opérée.

Seule l'opération permet à la fois de préciser le diagnostic et de supprimer complètement les lésions tuberculeuses.

4° *La forme suppurée par infection secondaire* constitue une variété particulière d'un pronostic sévère. L'apparition des complications infectieuses par association microbienne au cours d'une salpingite tuberculeuse latente ou bien tolérée jusqu'alors peut

produire des accidents aigus particulièrement graves. Le traitement habituel des phénomènes inflammatoires y compris la colpotomie n'est pas suivi d'amélioration durable et d'autre part la tuberculose subit de la part de l'infection surajoutée, une aggravation dans son évolution.

Cette variété de tuberculose annexielle peut guérir par l'opération, mais au prix de grandes difficultés.

Vu:
Le Doyen,
ROUSSY.

Vu :
Le Professeur, Président de thèse,
PROUST

Vu et permis d'imprimer,
Le Recteur de l'Académie de Paris,
S. CHARLETY.

BIBLIOGRAPHIE

- Adatto.** — *Contribution à l'étude de la tuberculose, salpingo-ovarienne et des résultats éloignés de son traitement opératoire.* (Thèse de Paris, 1922, n° 197).
- Ahlastrom.** — « Salpingite tuberculeuse » *Acta gynéco. Scandinavica*, fas, 6, 1923, p. 180.
- Albertin.** — « Abcès froid tubaire », (*Lyon chirur.*, t. I, 1908).
- Amann (J.A.).** — « Zur Frage der Weiblichen Genital tuberculose » *Monatschr f. Geburtsh U. Gynak*, Berlin, 1902, XVI, p. 586.
- Baranger.** — « Des formes cliniques de la salpingite tuberculeuse », *Semaine médicale prat.*, 1928, n° 18.
- Bertolini.** — « Salpingite tuberculeuse » *Zentralbl. gyn.* 1921.
- Berkovitz (Mlle).** — *Le diagnostic de la tuberculose annexielle. Les difficultés et les renseignements fournis par la réaction de Besredka*, Thèse, Paris, 1926.
- Borell.** — « Salpingite tuberculeuse », *Monatschr Geh. Gyn.*, 1921. p. 288.
- Brouardel.** — *De la tuberculose des organes génitaux de la femme*, Thèse, Paris, 1867.
- Cornil.** — *Journal des connaissances médicales*, 1888.
- Chastenet de Géry Lacroix.** — « Tension des deux trompes en apparence normales et histologiquement tuberculeuses », *Bull. et Soc. Mat. de chir.* 53, 558, 561, 16 avril 1827.
- Condamin.** — « Du traitement chirurgical de la tuberculose annexielle ». *Revue de gynécologie et obs.*, 1929.
- Conheim.** — *De la tuberculose au point de vue de l'infection* (trad. Musgraveglay, Paris, 1882).

- Coste et Faleur.** — « Salpingite tuberculeuse » *Bull. des Obs. et gyn.* de Buenos-Aires, 30 décembre 1931.
- Daniel (C.).** — « Tuberculose du corps de l'utérus », *Gyn. et obs.* 1925.
- « La tuberculose génitale de la femme ». *La Pratique médicale illustrée*, Doin, Paris, 1932.
- Dehau.** — *Salpingite tuberculeuse aiguë*. thèse, Paris, 1920. Travail de la clinique gynécologique Hôpital Brocca.
- Delore et Chaliér.** — *La tuberculose génitale* (1 vol. Paris, 1920).
- Douay.** — Tuberculose génitale de la femme (Cours et conférences à l'hôpital Broca, 1925 et 1932).
- Douay et Iepuerano (Mlle P.).** — « Diagnostic de la salpingite tuberculeuse, réaction de Besredka », *Gyn. et Obs.* t. XXI, mai 1930.
- Dupont.** — « Fistule recto-vaginale consécutive à une salpingite tuberculeuse opération et guérison », *Bulletin Soc. obs. et de gynéc.* mai 1929).
- Durant.** — « La castration abdominale totale dans la tuberculose utéro-annexielle » *Bulletin soc. de chirurgie de Lyon*, 1905, VIII, p. 279.
- Faure (J.L.).** — Congrès inter. de gynéc. et obstétrique de Rome 1902. *Revue de gén. et chir. abd* 1902. « Traité de gynécologie médico-chirurgicale » 4^e édit. Paris 1928.
- Feuillade.** — *Tuberculose génitale dans ses rapports avec puerpéralité*. (Thèse, Nancy, 1924).
- Fournier (F.).** — « Tuberculose péritonéo-génitale et puerpéralité ». *Bulletin soc. obs. et gyn. de Paris*, 1924, XIII, p. 683.
- Fernet.** — « De l'infection génitale par la voie génitale ». *Soc. Méd. Hôp.* 1885, p. 480.
- Forgue.** — « De la tuberculose génitale », *Path. ext.* 1920.
- Fruhinsholtz et Feuillade.** — « Tuberculose génitale et puerpéralité » *Bull. Soc. Obs. et gyn. de Paris*, 1924 XIII, p. 683.
- Cabro (C.).** — « L'infezione tuberculare per la via vaginale » *Riforma méd. Napoli*, 1904, XX, p. 1013.

- Gabriel (J.).** — *Forme et traitement de la tuberculose annexielle*, thèse de Bucarest, 1931.
- Galliard (P.).** — *Contribution à l'étude des rapports de la tuberculose et de la grossesse*.
- Greenberg.** — « Salpingite tuberculeuse ». *Bull. of. Johns. Hopkins Hosp.* 1921.
- Gorovvitz (Mlle).** — *Tuberculose génitale chez la femme*, Thèse, Paris, 1900.
- Guillemain.** — « La tuberculose de l'ovaire ». *Revue de chir.*, 1894.
- Ghinis (Léon).** — *Contribution à l'étude de la salpingite tuberculeuse résultats éloignés du traitement chirurgical*, Thèse, Paris, 1922.
- Hartmann Bergeret et Remilly.** — « Salpingite tuberculeuse » *Gyn. et Obs.* t. II, 1920.
- Hirtzmann.** — « Salpingite tuberculeuse ». *C.R. Soc. de Biologie*, t. 84 p. 803, 1921.
- Hartmann-Keppel.** — « Annexite tuberculeuse à forme métrorragique », *Gyn et obs.* t. VIII, 1923).
- Jayle.** — « Tuberculose de la trompe » *Presse Médicale*, 21 juin 1913.
- Jayle et Halperine.** — « L'ostéoplasie de l'ovaire » *Presse médicale*, 14 novembre 1928.
- Lenormant et Moulonguet.** — « Salpingite tuberculeuse » *Gyn. et Obs.*, 1920, t. II, p. 296.
- Léa.** — « Tuberculose des trompes », (*North of England obstetrical and gyné. Society* 1905).
- Martin.** — *Résultats éloignés de l'ablation des annexes par la laparatomie* thèse, 1894, Paris.
- Mauclair.** — « La tuberculose génitale chez la femme », *Revue internat. de Méd. et de chir.* Paris, 1912, XXIII, p. 19.
- Mocquot.** — « La bacillose génitale de la femme » *J. Dés. P. Aut.* 4 décembre 1927.
- Noris (C.C.).** — « Tuberculous salpingitis » *Tr. Am. gynéc.*, 1928.

- Olivier.** — *Tuberculose annexielle*, thèse, Lyon, 1911-1912.
- Patel et Olivier.** — « De la thérapeutique chir. conservatrice dans la tuberculose annexielle ». *Revue de gyn. et chir. abd.* t. XXI, 1913.
- Philippe.** — *La tuberculose annexielle* (Thèse de Lille, 1927).
— Travail de la clinique gynécologique de l'Hôpital Broca.
- Pozzi.** — *Traité de gynécologie*, (4^e édit. 1905).
- Pierra (L. M.).** — *Revue française de gyn. et d'obs.* octobre 1939, p. 645.
- Pollosson et Violet.** — « Tuberculose inflammatoire de l'ovaire ». *Lyon chir.* 1913.
- Palacios Costa et Falsia (A.).** — « Salpingitis tuberculosa » (*Semana Med.* 1, 1003, 1005, 31 mars 1932).
- Siredey (A.).** — « La tuberculose génitale de la femme et des formes frustes ». *J. de Méd. et de chir. pratique*, juin 1919.
Traité de gyn. 1928.
- Salmond (M.).** — « Case of tuberculous salpingitis with acute genorrh ». *Tancet*, p. 226, 29 janvier 1927.
- Terrillon.** — Congrès de chirur. de Paris. 1889.
- Van Smith Boston et Nass.** — « Tuberculous salpingitis », *The Ame S. of obs. and Gyne*, Saint-Louis, novembre 1928, p. 701.
- Villard.** — « Traitement de la tuberculose suivant ses formes anatomo-pathologique ». *Soc. de chir.* Lyon, 1927-1928.
- Vittenstein.** — « *Formes anatomo-clinice ale tuberculozei annexiale* », thèse de Bucarest, 1926.
- Verneuil.** — Lettre à M. le Professeur Fournier. (*Gaz. hebd. de Méd. et chir.* 1883).
- Verchere.** — *Les portes d'entrées de la tuberculose*, thèse, Paris, 1885.
- Williams (Wethridge).** — « Tuberculosis of the female generative organs » *John Hopkins Hosp. Reports. Baltimore* 893, t. III).

